



Årsbok 2022

Masterstudenternas årsbok 2022

Kvalitetsförbättring och Ledarskap

Inom Hälsa och Välfärd

Innehåll

Helen Askebro	Utveckling av arbetssätt för planering av hälsofrämjande insatser
Tomislav Azdaji	Personcentrerad hjärtrehabilitering – ett aktivt liv trots hjärtsjukdom
Irina Ekstrand	Ökad delaktighet för patienter med anorexia nervosa och autismspektrumtillstånd
Anette Engman Lundberg	Utvidgat arbetssätt inom företagshälsan genom ökad användning av strukturerad multidisciplinär arbetsmiljökartläggning, SMAK
Angelica Enqvist	Förbättra patientens förutsättningar för återhämtning efter intensivvård
Rebeka Gregov	Införa webbtidbokning på röntgen och minska antalet uteblivna patienter
Sara Gregebord	Optimera förberedelseprocessen inför robotassisterad Whipples operation
Sara Hjalmarsson	Att skapa medbeslutande i målsättningar med sin egen/sin anhöriges rehabilitering genom teamsamverkan, en förbättring för patient, anhörig och profession
Ida Janse	Samskapande förbättringsarbete med interkulturellt perspektiv
Karin Kanon	Hur kan vi göra mer för fler?
Malin Lysfoss Gunnerfeldt	Ett förbättringsarbete för att minska fall och trycksår genom mentorskap, Gröna korset och utbildning i hjälpmedel

Muqaddas Manto	Co-production för jämlik och tillgänglig vård för patienter med synskada
Åsa Melkersson	Tidiga insatser för personer med psykossjukdom
Maria Sandgren	Nå följsamhet till NEWS genom kontroll på fasta tidpunkter och öka patientsäkerheten
Arijta Shatri	En systematisk arbetsmetod för att förbättra brukardelaktighet och inflytande
Malin Ström	Rätt vård, på rätt plats, i rätt tid
Jenny Söderström	Förbättrad munhälsa för patienten med palliativa behov på akutsjukhus
Mia Thun	Tillsammans för barnen
Sara Widen	Ett förbättringsarbete för att minska vårdskador i samband med operation genom ökad följsamhet till Checklista för säker kirurgi

Årsbok 2022 Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

Alla förbättringar innebär förändring men alla förändringar är inte förbättringar, och att leda och bidra till morgondagens hälsa och välfärd förutsätter engagemang, kunskap och kompetens. I denna årsbok finns studenternas förbättringsarbeten sammanställda. Uppdraget var att planera och driva ett förbättringsarbete som skapar värde för dem verksamheten är till för! Hälsa, vård och omsorg är starkt sammanflätade med samhällsutvecklingen, och nyttan ska vara tydlig. Resurstillgång, befolkningsstruktur, reformer och (nya) styrformer tillsammans med en snabb medicinsk och teknisk utveckling, ställer nya krav på ledning och ledare; nya behov och utmaningar kräver ändrade angreppssätt.

Masterprogrammet är på tre år där de två första åren går på halvfart och består av teoretiska moment som kopplas till praktisk tillämpning i studentens vardag. En övergripande målsättning med Jönköping Academys masterutbildning i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd är att stärka deltagarnas förmåga att genomföra förändringar som verkligen leder till förbättringar. Utbildningen tillämpar blandat lärande, vilket innebär gemensamma samlingar en till två dagar per månad, som under året varit digitala, och varvats med distansundervisning på lärplattformen Canvas och eget arbete. Det tredje året genomförs på heltid i form av ett praktiskt förbättringsarbete, studier av förbättringsarbetet, och avslutas med en mastersuppsats. Studenterna lär sig genom att varva teori och praktisk tillämpning, och genom att generöst dela med sig sina nya insikter och erfarenheter till varandra. Reflektion och nya lärdomar är ett ständigt återkommande tema på campusträffarna.

Studenterna har utmanats av komplexitet, organisationsförändringar, nedskärningar, chefsbyte och deras ledarskapsfärdigheter har verkligen satts på prov. Inte minst under sista åren då Coronaviruset drog över landet som en osynlig stormvind och vände upp och ner på allt vi kände till sedan tidigare. Vi imponeras av hur snabbt studenterna ställde om från "blandat lärande" till "lärande på distans". Våren 2022 startade dessutom kriget i Ukraina, som innebar nya mentala utmaningar och påverkade både skolarbetet och ledarskapet på hemmaplan. Gemensamma reflektioner blev ett stöd för såväl studenter som lärare. Gruppen kännetecknas av en fantastiskt stödande förmåga och de har verkligen hjälpt varandra i mål.

Vi önskar de nytexaminerade masterstudenterna i kvalitetsförbättring och ledarskap lycka till i det fortsatta förändringsledarskapet. Det är så roligt att få dela er resa och se er växa med uppgiften! Stor tack för förmånen att få följa er under vägen och allt vi lärt oss tillsammans under tiden!

Nicoline Vackerberg
Kursansvarig

Ann-Christine Andersson
Examinator

Utveckling av arbetssätt för planering av hälsofrämjande insatser

Resultatet bygger på de fyra insatserna nedan:

1. Kurs om stress/sömn samt tobak för småbarnsföräldrar på öppna förskolan (avslutad 9 okt)
2. Promenadgrupp – patienter från vårdcentral (avslutad 11 nov)
3. Kurs om matvanor/fysisk aktivitet SFI-klasser (avslutad 3 dec)
4. Stressförebyggande program för vård och omsorgspersonal – matvanor, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, sömn och stress. (avslutad 17 dec)

Bakgrund

Region Uppsala utvecklar ett arbetssätt för vårdcentraler för att arbeta med hälsofrämjande insatser för grupper i befolkningen. Detta innebär att "hälsosamordnare" arbetar med att planera och genomföra hälsofrämjande insatser med andra aktörer. En avgränsad central del i förbättringsarbetet var att mikrosystemet för förbättringsarbetet (två hälsosamordnare) utvecklade och testade ett digitalt metodstöd, Helhetsmetodik.se, för dokumentation och planering av hälsofrämjande insatser.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att utveckla och testa ett systematiskt arbetssätt för hälsofrämjande insatser i två geografiska områden inom Region Uppsala. Smart mål avseende metodstödet:

- 31/3 2021 anser hälsosamordnarna att frågorna i metodstödet i Helhetsmetodik.se inte kan förbättras mer, dvs rapporterar 1 på en 10-gradig skala, svarsalternativ kan utläsas i figur 4 och 5.

Smarta mål avseende deltagarnas effekter av insatserna:

- 31/3 2021 har deltagarna i de hälsofrämjande insatserna ökat graden av self efficacy (tillit till den egna förmågan till livsstilsförändring) med minst 60 procent, figur 2

- 31/3 2021 tycker minst 80 procent av deltagarna i de hälsofrämjande insatserna att insatsen har gett en positiv effekt och att de förbättrat sina levnadsvanor, figur 3

Förändringssidé

Hälsosamordnarna arbetade med stöd av det digitala metodstödet med olika hälsofrämjande insatser, se figur 1. Utifrån lärdomar de fick genom insatserna utvecklade de löpande metodstödet vidare.

Förbättringsarbetet bestod även av arbete med deltagardeltagelse där deltagarna var med och planerade innehåll och genomförande av insatser samt en modell för reflektion för hälsosamordnarna, dessa båda delar beskrivs dock inte vidare i detta dokument.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

De båda hälsosamordnarna fick varje vecka fylla i webbenkäter om nöjdhet med metodstödet. För att mäta om deltagarna fick positiva effekter av de hälsofrämjande insatserna fick de, vid första och sista tillfället av de hälsofrämjande insatserna, fylla i enkäter kring detta.

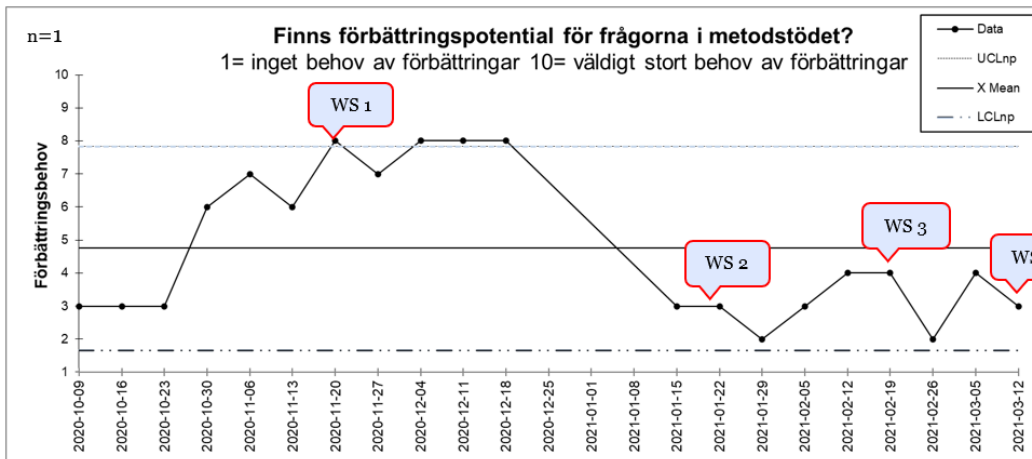
Resultat

De 35 deltagare som utvärderades i de fyra insatserna rapporterade att de förhöjt sin self efficacy (tillit till den egna förmågan), figur 2, samt att insatserna gett positiva effekter avseende deras livsstil, figur 3.

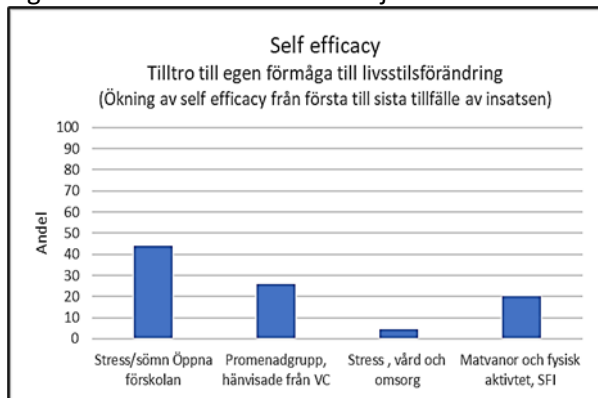
Hälsosamordnarna genomförde workshops (WS) där de arbetade med att utveckla metodstödet. Avseende frågan om de ansåg att metodstödet behövde ytterligare förbättring blev det slutliga resultatet från respektive hälsosamordnare 3 och 2 (enligt den 10-gradiga skalan i figur 4 och 5). Målvärdet 1 uppnåddes ej. Hälsosamordnarna bedömde ändå att formuläret var bra och färdigt att föras in i ordinarie verksamhet samt att formuläret kan förbättras när de har mer erfarenhet av arbetet. En fråga som ställdes var också om metodstödet varit ett stöd i arbetet (figur 6), där blev slutligt resultat från båda hälsosamordnarna 7. Målvärdet var 10 på en 10-gradig skala. En slutsats är att lärdomar har framkommit från förbättringsarbetet som kan användas vid fortsatt utveckling inför kommande breddinförande av uppdraget till alla kommuner i Uppsala län.

Nästa steg

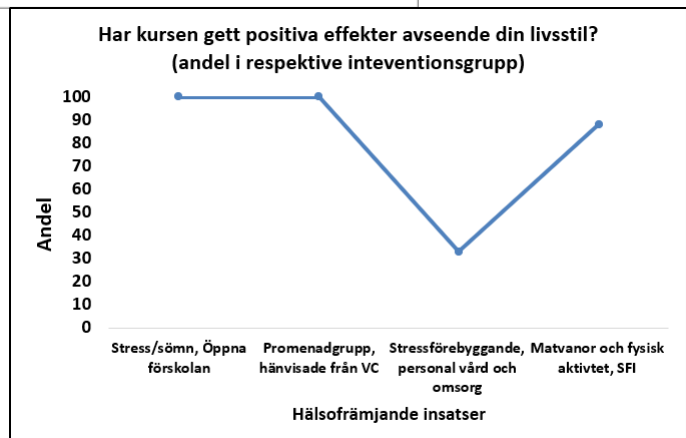
Ett breddinförande har påbörjats av hälsosamordnare till ytterligare tre platser i Uppsala län under 2021.



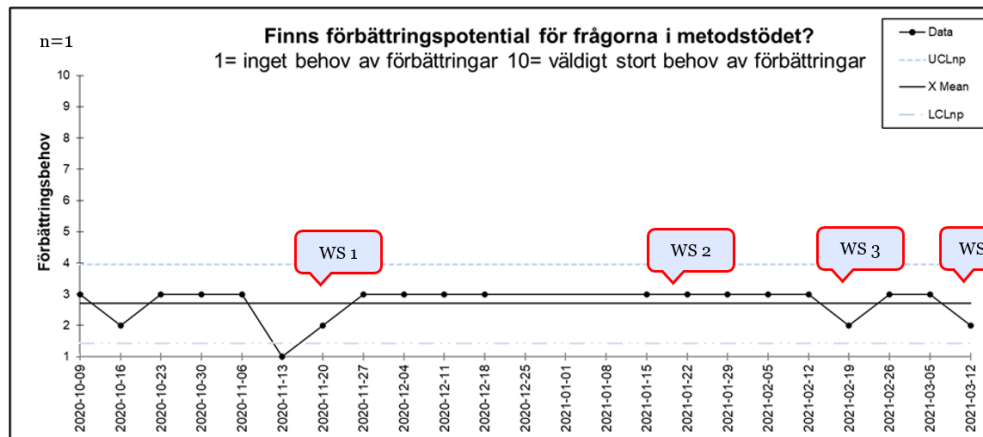
Figur 1. Genomförda hälsofrämjande insatser



Figur 2. Deltagarnas andel av förhöjd Self efficacy

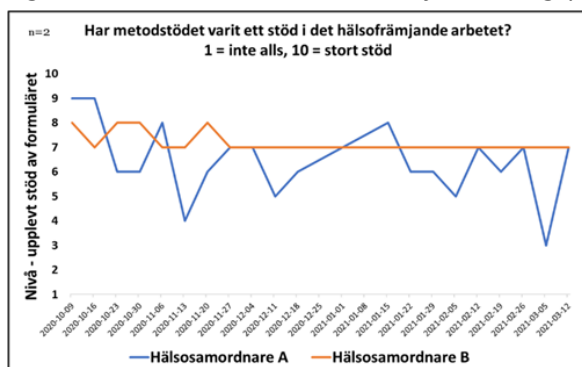


Figur 3. Deltagarnas upplevelse om effekter i livsstil



Figur 4. Hälsoamordnare A - Finns förbättringspotential avseende formuläret

Figur 5. Hälsoamordnare B - Finns förbättringspotential avseende formuläret



Figur 6. Har metodstödet varit ett stöd i arbetet

Faktaruta

Namn: *Helen Askebro*

Email: helen.askebro@regionuppsala.se

Arbetsgivare: Region Uppsala

Enhet: Regionkontoret, Vårdkvalitetsenheten

Personcentrerad hjärtrehabilitering – ett aktivt liv trots hjärtsjukdom

Bakgrund

I Sverige lever ca två miljoner människor med hjärt-kärlsjukdom. Minskad dödlighet i kranskärlssjukdom (förträngningar i blodkärlen som försörjer hjärtat) och hjärtsvikt (nedsatt pumpförmåga) har lett till att fler individer lever bland annat med försämrad fysisk förmåga. Denna hälsoutmaning innebär även utmaningar inom fysioterapeutledd träningsbaserad hjärtrehabilitering (THR). Trots evidensen, förblir THR en underutnyttjad behandlingsform. Vid ett mellanstort akutsjukhus i södra Sverige, remitteras ca 100 personer per år för THR. Andelen personer som fullföljer THR har varit låg under lång tid. Mer än hälften avstår THR i sin helhet. Resterande del påbörjar THR men lyckas inte fullfölja programmet i sin helhet.

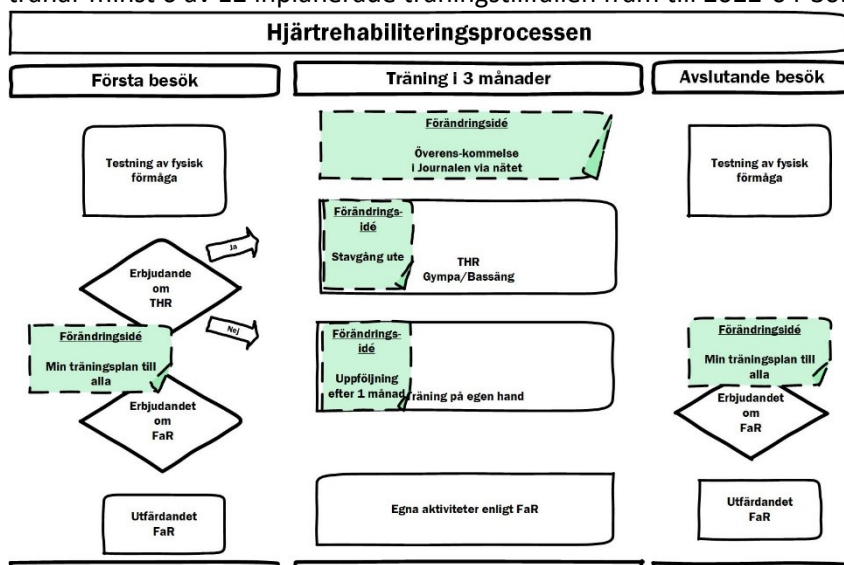
Patient-/brukar-/kundinvolvering

Personer som deltog i THR, involverades i framtagandet av "Min träningsplan". I samband med ett av träningstillfällena, samlades gruppen och diskuterade framtagande, samt funktion på ett individuellt plan. Med input från det mötet och med hjälp av dialoger vid efterföljande träningstillfällen utvecklades "Min träningsplan" i flera steg.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att skapa förutsättningar för att fler patienter med hjärt- och kärlsjukdom ska välja att delta i THR samt att fler patienter ska fullfölja påbörjad THR och därtill förbättra sin fysiska förmåga.

För att öka deltagande i träningsbaserad hjärtrehabilitering var målet att personer som väljer att delta i THR, tränar minst 6 av 12 inplanerade träningstillfällen fram till 2022-04-30.



Förändringsidé

Våra förändringsidéer fokuserade på ett ökat stöd till att välja att delta i THR samt att fullfölja påbörjad THR.

Stavgång ute

För att tillgängliggöra THR för flera patienter, utvecklades THR i form av stavgång ute i anslutning till sjukhuset. Aktiviteten anpassades successivt till att få önskad träningseffekt. Aktiviteten är bra ingångsaktivitet och lätt att fortsätta med efter THR.

Min träningsplan

Vi utvecklade "Min träningsplan" som bestod av:

1. Individanpassad ordination av fysisk aktivitet
2. Träningsdagbok där patienten kan fylla i utförd träning
3. Intensitetsrekommendationer samt Borg-RPE (Rating of Perceived Exertion) skala

"Min träningsplan" användes i kombination med THR eller vid träning på egen hand.

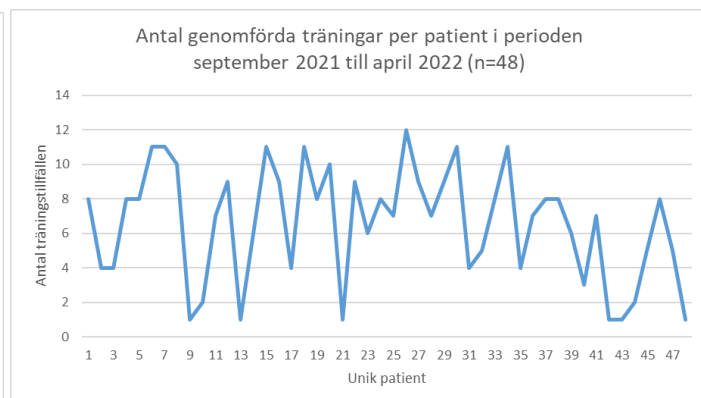
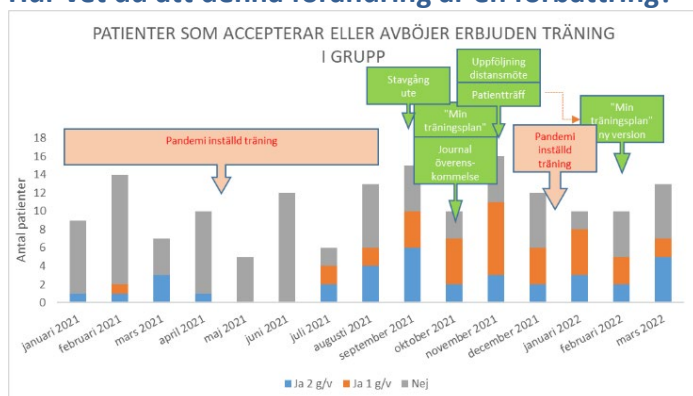
Uppföljning

Till patienter som avböjde THR, erbjöds uppföljning efter en månad. Patienterna erbjöds även "Min träningsplan". Vid uppföljningen kunden patienten än en gång, få erbjudande om THR.

Överenskommelse i Journalen via nätet

Standardiserad registrering av individanpassad ordination av fysisk aktivitet skrevs ner i journalen efter överenskommelse. Detta gjorde det möjligt för patienter att ta del av överenskommelsen via sin journal på nätet.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?



Figur 1 Andel patienter som accepterat att träna en eller två gånger i THR syns som blåa och orangea staplar medan patienter som avböjer träningen visas som gråa. Även tidpunkter för förbättringsinsatser visas. Målet ligger på 6 träningstillfällen och förekommer variation.

Resultat

Vi ser ett ökat intresse för gruppträning andra halvan av 2021 och i början på 2022. Vi uppnår inte målet med att personer som valt att delta i THR ska träna minst 6 av 12 gånger. Vi ser att träningstillfällen inte är helt fyllda och att det finns utrymme för fler att träna. Vi är på gång med distansuppföljningar men har för få mätpunkter för att dra en bredare slutsats. Pandemin har påverkat vårt arbete och drivit digital utveckling.

Nästa steg

Arbete och analys av våra resultat fortsätter. Vi vill testa fler digitala lösningar där det går i synnerhet digitala träningsgrupper och enskilda digitala träningar.

Faktaruta

Namn: *Tomislav Azdajic*

Email: tomislav.azdajic@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings Län

Enhet: Rehabiliteringscentrum

Ökad delaktighet för patienter med anorexia nervosa och autismspektrumtillstånd

Bakgrund

I övergripande riktlinje för samtliga verksamheter inom Stockholms Läns Sjukvårdsområde (SLSO) framkommer att patientens delaktighet ska främjas. Trots det visade regionala och interna patientenkäter brister avseende patientdelaktighet på vårdavdelningen för vuxna inom Stockholms centrum för ätstörningar.

Vårdavdelningen har 12 vårdplatser och flertalet patienter lider av anorexia nervosa (AN). Patienter med AN och samsjuklighet autismspektrumtillstånd (AST) upplevs av erfaren vårdpersonal oftast ha fler och större utmaningar i sin ätstörningsbehandling och en kartläggning för år 2020 visade bland annat att tvångsvård var mer vanligt i denna patientgrupp.

Co-produktion

I förbättringsarbetet medverkade en patient med AN och AST med erfarenhet av att vårdas på vårdavdelningen. Under förbättringsarbetet samlade patienten in data utifrån matkontrollerande beteenden, en enkät som fångar egna matbeteenden under måltider. Dessa jämfördes med tidigare registreringar för att undersöka om valda förändringar ledde till en förbättrad ätstörningsvård. Genom samarbete och samskapande med patienten ökade möjligheten att utveckla förbättringsarbetet och nå uppsatta mål.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att genom ökad delaktighet för patienter med AN och AST utveckla en individanpassad ätstörningsbehandling och före sista december 2021 nå följande mål:

- Öka delaktighet från nuvarande 43%
- Vid inläggande ätstörningsvård nå en viktökning mellan 1,0–1,5 kg/ vecka
- Minska vårdtiden från 23 veckor till genomsnittliga 12 veckor
- Minimera antalet tvångsåtgärder jämfört med de 47 som genomfördes på patienter med AN och AST under år 2020
- Under inläggande ätstörningsbehandling minska matkontrollerande beteende

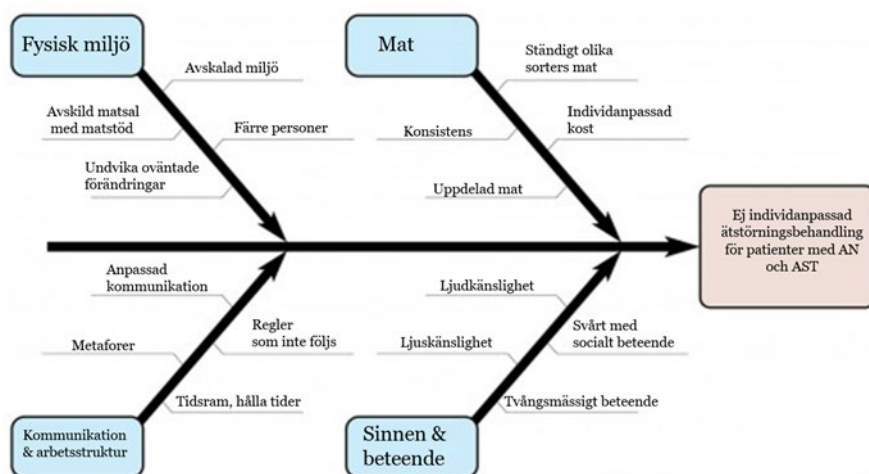
Figur 1. Ishikawadiagram för patienter med AN och AST.

Förändringsidé

En workshop genomfördes med vårdpersonalen i syfte att undersöka vilka hinder patienter med AST upplevdes ha och resultatet jämfördes med patientrepresentantens erfarenheter. En sammanställning genomfördes med ett Ishikawadiagram som visade fyra huvudområden, fysisk miljö, mat, arbetsstruktur och kommunikation samt sinnen.

Tillsammans med ett förbättringsteam och patientrepresentant utformades förbättringsarbetet efter Nolans förbättringsmodell och 4 PDSA-hjul upprättades:

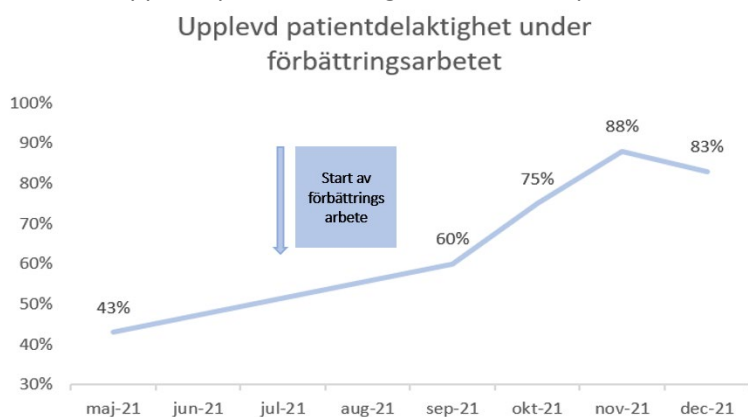
1. Utforma en matsal för patienter med AN och AST
2. Samarbeta med köket och utforma ett måltidskort
3. Skapa kommunikationsverktyg i form av bildstöd och skriftlig text
4. Skapa tydlig arbetsstruktur och frågeformulär inför inskrivning



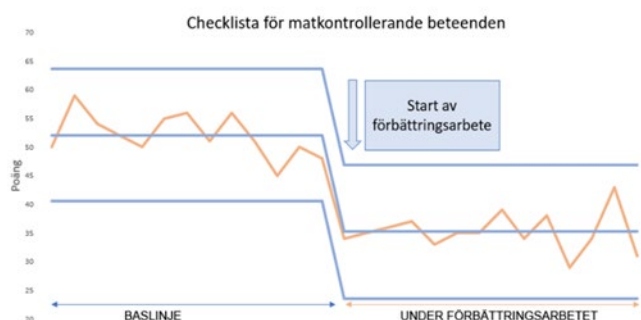
Resultat

Resultatet jämfördes med data från 6 patienter med AN och AST som tidigare vårdats utan anpassningar. Under förbättringsarbetet vårdades 4 patienter med AN och AST på vårdavdelningen. Patienter ökade snabbare i vikt från tidigare 0,6 kilo till 1,0 kilo per vecka och vårdtiden kortades från 23 till 11 veckor. Före förbättringsarbetet utfördes 47 tvångsåtgärder på patienter med AN och AST men under förbättringsarbetet behövde inga tvångsåtgärder ske på de 4 patienter som vårdades. Dessutom ökade patienters upplevelse av delaktighet från 43% till 83% tabell 1.

Tabell 1. Upplevd patientdelaktighet från första patientmätningen i maj och under förbättringsarbetet.



Tabell 2. Styrdiagram med självskattning av matkontrollerande beteenden där lågt poäng eftersträvas.



Patientrepresentanten visade med sina mätningar att matkontrollerande beteenden förbättrats och hen berättade även att det var många år sedan ätstörningen var lika bra som nu. Tabell 2 eftersträvar låga poäng.

Nästa steg

Fortsatt inskrivning av patienter med AN och AST kommer att hanteras enligt de nya rutinerna och då alla patienter har olika utmaningar utifrån sin AST-diagnos uppstår nya dilemman vilket innebär att vårdavdelningen kontinuerligt fortsätter att utveckla ätstörningsvården för denna patientgrupp.

Faktaruta

Namn: Irina Ekstrand

Email: ekstrand.irina@gmail.com

Arbetsgivare: Region Stockholm

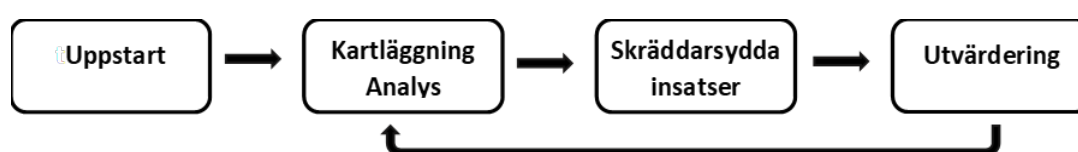
Enhet: Stockholms centrum för Ätstörningar

Utvidgat arbetssätt inom företagshälsan genom ökad användning av strukturerad multidisciplinär arbetsmiljökartläggning, SMAK

Bakgrund

Företagshälsan är en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Den ska arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser. En arbetsgivare har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön på en arbetsplats och är skyldig att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Vanligtvis anlitas företagshälsan först när en individs hälsa redan är påverkad, istället för att deras kompetens utnyttjas i arbetsplatsers förebyggande systematiska arbetsmiljöarbete (SAM).

Arbetsmiljöenheten är Region Jönköpings läns inbyggda företagshälsa. Där har en metod för stöd i SAM tidigare arbetats fram, Strukturerad Multidisciplinär Arbetsmiljökartläggning (SMAK). SMAK genomförs tillsammans med arbetsgivare och arbetstagare, genom att identifiera arbetsmiljöproblem, sätta in skräddarsydda insatser och följa upp och utvärdera resultatet i cykliska processer (Figur 1).



Figur 1. Illustration över hur SMAK fungerar.

Arbets sättet har testats i liten skala i arbetsplatsers systematiska arbetsmiljöarbete. Den praktiska erfarenheten och pågående forskning visar goda resultat av förbättrad och bibehållen arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdspersonal, så att de i sin tur kan leverera en trygg och säker sjukvård.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Arbets sättet med SMAK förutsätter ett tydligt samarbete med arbetsplatserna. Förbättrings arbetets design utgår från företagshälsans medarbetares behov i samband med att ett nytt arbetssätt introduceras. Deras tidigare erfarenheter av samarbete med arbetstagare och arbetsgivare har använts och kompletterats med information givet av arbetsgivare som har erfarenhet av SMAK-arbete.

Syfte och Mål

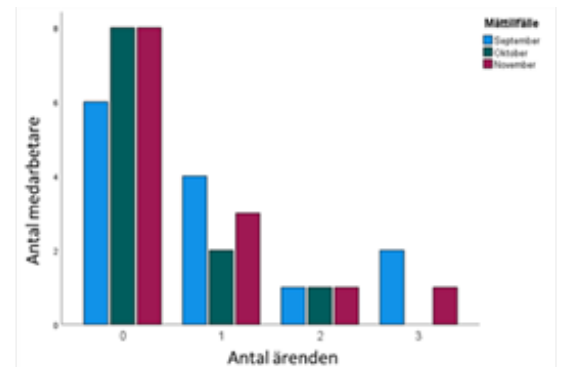
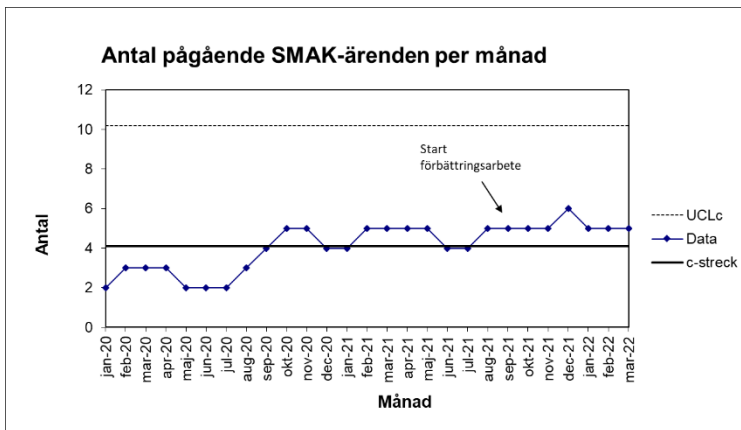
Förbättrings arbetets övergripande syfte var att öka Arbetsmiljöenhetens medverkan i det systematiska arbetsmiljöarbetet genom att användningen av SMAK-metoden skalas upp. Det SMARTA målet var att samtliga professioner och mer än 50% av medarbetarna på Arbetsmiljöenheten, före utgången av 2021, skulle ha genomgått ett utbildningskoncept rörande SMAK. Andelen medarbetare som är involverade i SMAK-ärenden skulle öka från 45% till 75% och genomsnittet för antalet SMAK-ärenden varje medarbetare är involverad i, skulle öka från 0,6 till 1,5 per medarbetare.

Förändringsidé

Ett utbildningskoncept utformades och genomfördes. Det genomfördes under hösten 2021 och delades upp på tre moduler. Vid utformningen av utbildningsmodulerna användes PDSA hjul, dels för att utforma den modulen och dels för att ta med erfarenheter och lärdomar till nästkommande modul. Utbildningskonceptet byggde på medarbetarnas yrkeskompetens och erfarenhet, vilket tillsammans med en kunskaps- och kompetenshöjning skulle bidra till identifiering av möjligheter och hinder för att skala upp arbetet med SMAK.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Det genomförda förbättrings arbetet är inledningen på ett arbete för att skala upp användningen av SMAK. För att över tid följa om användningen av SMAK förändras, används ett styrdiagram (Figur2).



Figur 2. Styrdiagram över antal SMAK-ärenden per månad. Figur 3. Antal SMAK-ärenden per medarbetare är involverade i.

Resultat

Hitintills ses ingen ökad användning av SMAK efter att förbättringsarbetet startade. Samtliga professioner och mer än 80% av medarbetarna deltog i utbildningen. Vid de tre utbildningstillfällena ses inte någon skillnad i hur många SMAK-ärenden varje enskild medarbetare är involverad i (Figur 3). Andelen medarbetare som är involverade i SMAK-ärenden och genomsnittet för hur många ärenden varje medarbetare är involverad i har inte ökat. Den uteblivna förändringen tolkas bero dels på att en förändring av arbetssätt kräver tid och dels på att det genomförda utbildningskonceptet är ett första steg. Efter utbildningen sammanställdes den gemensamma uppfattningen om förutsättningar och hinder för att öka antalet SMAK-ärenden framöver, vilket tyder på att utbildningen har varit värdeskapande då den medfört kompetens att kritiskt utvärdera det praktiska arbetet på detta sätt. Medarbetarna har ett stort engagemang inför fortsatt arbete. Det är en fördel att förbättringen tillåts ta tid och att den får växa fram tillsammans med medarbetarna på företagshälsan.

Identifierade förutsättningar:

- Uppskattad utbildning som tillfört kunskap
- Hanterbart att använda SMAK
- Stort engagemang inför fortsatt arbete

Identifierade hinder:

- Behov av IT-stöd för insamling, sammanställning och analys av data vid kartläggningen
- Marknadsföring i Regionen
- Regelbundna mötesplatser för att dela erfarenheter och lärdomar

Nästa steg

De identifierade förutsättningarna och hindren ligger till grund för det fortsatta arbetet att skala upp SMAK användningen och därmed det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Bland annat pågår framtagande av ett lätthanterligt IT-stöd samt en informationsfilm för marknadsföring.

Det här förbättringsarbetet är gjort internt på företagshälsan. I nästa steg finns behov av att identifiera faktorer som påverkar att ett förebyggande arbetsmiljöarbete fungerar på vissa arbetsplatser medan det inte gör det på andra.

Faktaruta

Namn: Anette Engman Lundberg
 Email: anette.engman.lundberg@rjl.se
 Arbetsgivare: Region Jönköpings län
 Enhet: Arbetsmiljöenheten

Förbättra patientens förutsättningar för återhämtning efter intensivvård

Bakgrund

Patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning (IVA) och tillfrisknat efter kritisk sjukdom löper stor risk för komplikationer efter att de flyttas till annan vårdavdelning för fortsatt vård. Under 2018-2019 återinskrivs 3,3% av patienterna till IVA på Södersjukhuset inom 72 timmar på grund av oförutsedda komplikationer. Det överstiger det nationella målet som är < 3%. Studier visar att återinskrivning på IVA är associerat med ökad mortalitet. Tidig identifiering och nära samarbete mellan intensivvård och vårdavdelning kring vanliga komplikationer skulle kunna förbättra förutsättningar för effektiv rehabilitering för den individuella patienten. I dagsläget skrivs patienterna ut från IVA utan vidare kontakt. Patienter som vårdats över 72 timmar följs polikliniskt upp på post-IVA mottagning först efter 3 månader.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att underlätta återhämtning efter intensivvård samt minska risken för återinskrivning.

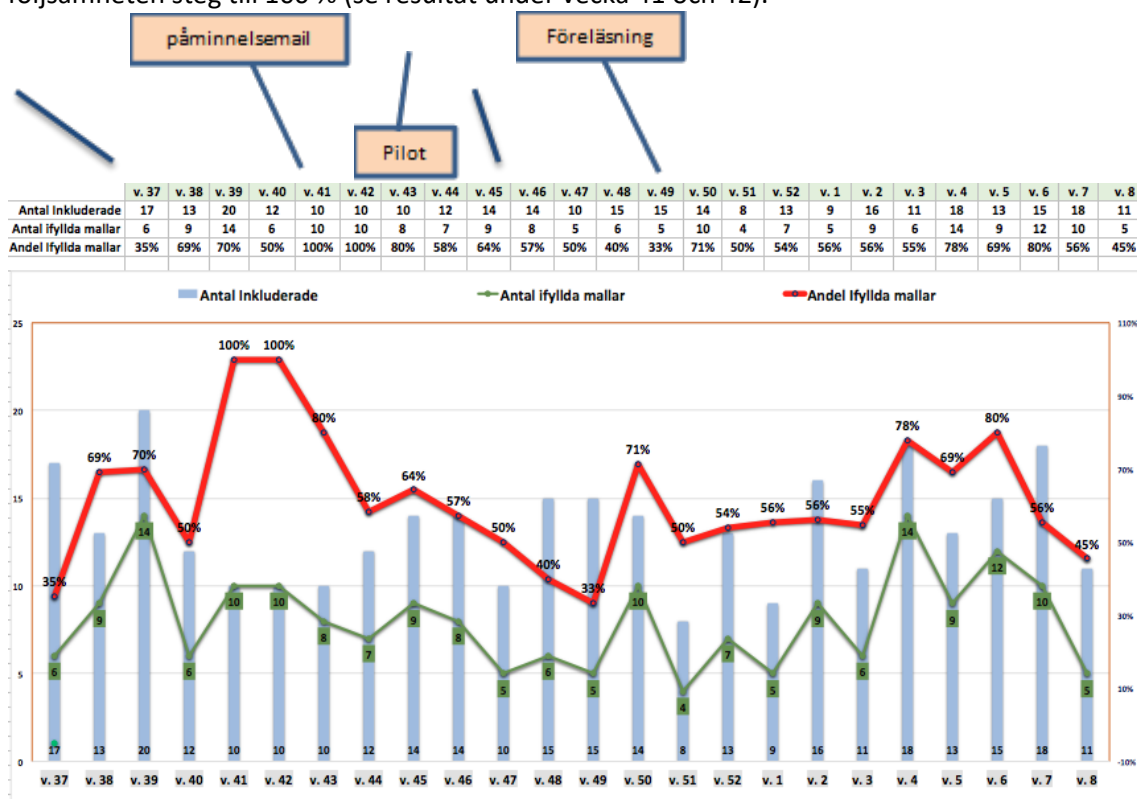
Smarta mål: Under februari månad 2022, ska minst 80 % av vuxna (>18 år) patienter som vårdats över 12 timmar på IVA vara screenade för risk att drabbas av sen-komplikationer inför utskrivning från IVA.

Förändringsidé

Förbättringsarbetet innebär att införa ett screeningsinstrument för att tidigt (redan vid utskrivning från IVA) identifiera patienter med ökad risk för fysiska och/eller psykisk problem i efterförloppet. Vidare även testa en Lots-funktion som under två pilot-veckor följer upp riskpatienter, identifierar problem efter IVA-vård samt initierar interventioner som förebygger och/eller behandlar sen-komplikationer.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Screeningsinstrumentet presenterades för personalen via mail och vid varje-dags-möten under vecka 37, ht 2021. Följsamheten till användandet av screeningsinstrumentet utvärderades under 24 veckor (figur 1). Under tiden som Lots-projektet pilotades påminde projektledaren varje dag om screeningen med påföljden att följsamheten steg till 100 % (se resultat under vecka 41 och 42).



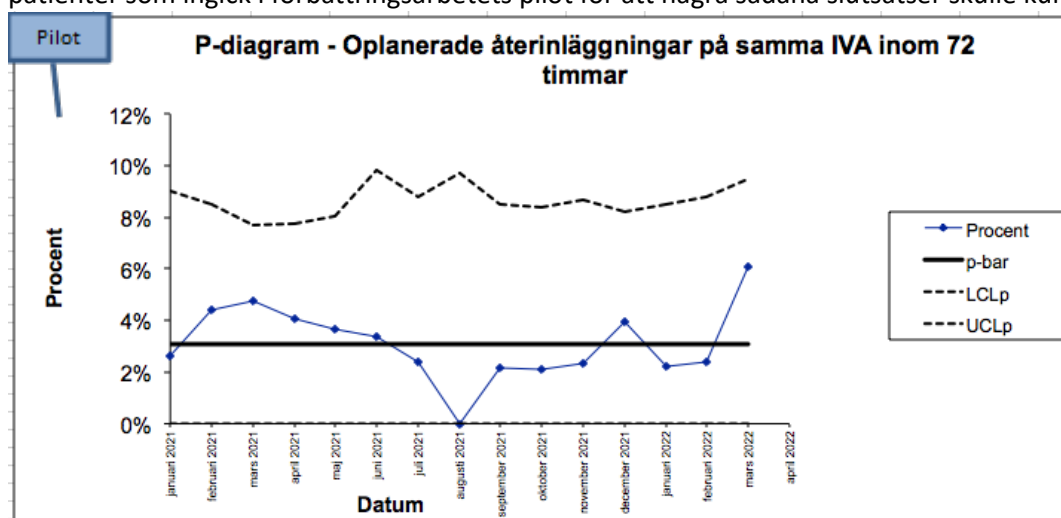
Figur 1. Följsamheten till ifyllda screeningsinstrument där målvärdet var över 80 %. Den röda linjen visar andel ifyllda mallar per vecka av antal inkluderade patienter.

Resultat

Under februari 2022, var följsamheten till att fylla i screeningsinstrumenten i genomsnitt 63 % (vecka 5-8). Anledningen till att inte målet på 80 % uppnåddes kan bero på att screeningen missades, då det ibland uppstod platsbrist på IVA och patienterna tvingades flytta snabbt utan sedvanliga förberedelser. Det kan också bero på att det tar tid att införa nya arbetsätt och personalen kanske inte visste hur mallen skulle fyllas i.

Under de två veckor som piloten pågick skrevs 40 patienter ut från IVA varav 20 patienter inkluderades i screeningen. Utifrån screeningsinstrumentets cutoff-värde identifierades 10 patienter med ökad risk för psykiska och fysiska problem i efterförloppet. Av dessa visades åtta ha behov av fortsatt stöd i form av fysioterapi och/eller kuratorskontakt. Den tidiga uppföljningen på vårdavdelningen uppskattades av patienterna som fick tillfälle att få sin vårdtid rekapitulerad och möjlighet att ställa frågor om sin tid på IVA.

En del av syftet med förbättringsarbetet var att minska antal återinskrivningar till IVA. Under oktober månad då piloten pågick återinskrivs 2 patienter av 96 utskrivna (ca 2 %). Dock var det med största sannolikhet för få patienter som ingick i förbättringsarbetets pilot för att några sådana slutsatser skulle kunna dras (figur 2).



Figur 2. Antal återinskrivningar på IVA inom 72 timmar från januari 2021-mars 2022

Patientinvolvering

Förbättringsarbetet handlade om att stötta patienten i sin återhämtning efter kritisk sjukdom och intensivvård. Patienterna upplevde uppföljningen under pilotprojektet som positiv. De fick hjälp att sortera tankar, få svar på frågor om IVA-tiden samt vara med och påverka sin fortsatta vård och rehabilitering.

"Alla tankar om min situation och sjukdom kom efter utskrivningen från IVA, en chock."

Nästa steg

Personalen och ledningen på IVA var positiva till piloten och har för avsikt att införa både screening och uppföljning så snart en ekonomisk resurs kunnat uppåtdas. Screeningsinstrumentet finns kvar som mall i journalsystemet Clinisoft att använda vid utskrivning av patienterna för att lära in det nya arbetsättet. Trots att screeningen inte resulterar i rutinmässig uppföljning idag påminner instrumentet IVA-personalen att ställa frågor om patientens psykiska och fysiska mående inför utskrivning till vårdavdelningen. Ett arbete kring hur uppföljningen ska gå till kommer att påbörjas framöver.

Faktaruta

Namn: *Angelica Enqvist*

Email: *angelica.enqvist@regionstockholm.se*

Arbetsgivare: Region Stockholm

Enhet: VO Anestesi/IVA, Södersjukhuset

Införa webbtidbokning på röntgen och minska antalet uteblivna patienter

Bakgrund

Digitalisering ska användas inom Region Stockholm som ett strategiskt hjälpmedel för att effektivisera samt öka delaktighet och tillgänglighet för patienterna inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Inom hälso- och sjukvården i region Stockholm är den uppskattade kostnaden för uteblivna besök cirka 500 miljoner kronor per år. Webbtidbokning har tidigare inte varit tillgängligt för patienter inom den radiologiska verksamheten på Danderyds sjukhus. Det finns ett behov av att införa webbtidbokning för att göra patienten mer delaktig, effektivisera resursutnyttjandet, minska antalet uteblivna patienter samt öka tillgängligheten.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

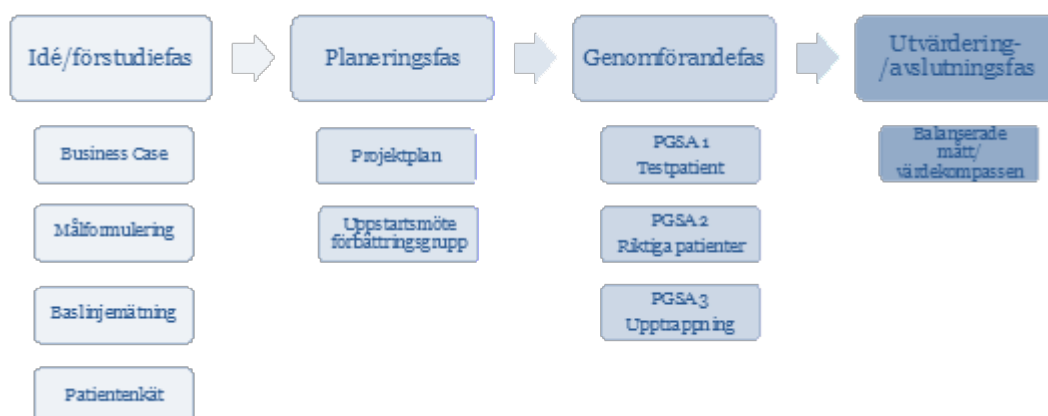
Patienterna har fått besvara en enkät i syfte att ta reda på om patienten vill bli kallad till sin radiologiska undersökning via brev med en förutbestämd tid (traditionell tidsbokning) alternativt via webbtidbokning. Enkäten visade att mer än 50 procent av patienterna önskade det sistnämnda. Patienterna som efter införandet har använt sig av ombokningsfunktionen via webbtidbokning har fått utvärdera sin delaktighet på en skala från ett till fem. Nedan presenteras ett citat från en patient som använde ombokningsfunktionen i 1177.

"Jätteenkelt och jättesmidigt att kunna boka en tid när det passar en själv och slippa vänta på andra."

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att öka patientens delaktighet och tillgänglighet genom effektivit resursutnyttjande inom den radiologiska verksamheten.

Uteblivna patienter ska minska från 3,1 procent till <2 procent fram till första april 2022 inom modaliteterna konventionell röntgen, datortomografi och ultraljud på Danderyds sjukhus.



Förändringsidé

Figur 1 visar alla övergripande steg samt aktiviteter för förbättringsarbetet.

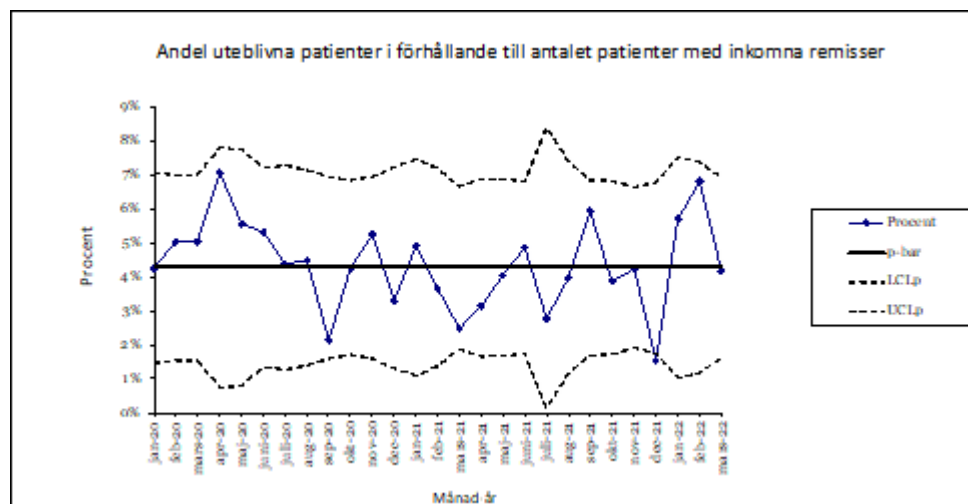
Figur 1. Förbättringsarbetets steg och aktiviteter.

Webbtidbokning har införts med hjälp av planera-göra-studera-agera (PGSA)-cykler. Första PGSA-cykeln användes på en testpatient. Denna kunde inte se ombokningsbara tider på 1177 då en licens saknades. Test i liten skala fångade upp detta stora problem vilket var en lärdom. När licensen var på plats fick patienter som skulle utföra fyra olika typer av undersökningar möjlighet till webbtidbokning. 10 patienter som använt webbtidbokning involverades och fick utvärdera vad de tyckte om verktyget. Tredje PGSA-cykeln fokuserade på att skala upp så att fler typer av undersökningar skulle bli möjliga för patienterna att av- och omboka via 1177.

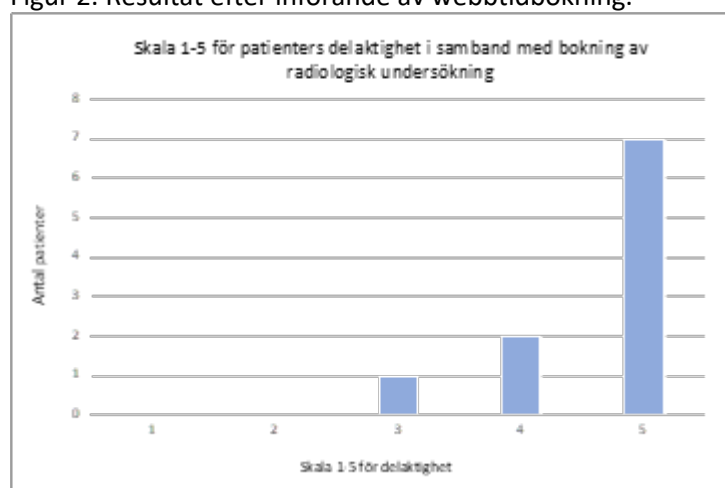
Resultat

Resultatet visar att i december 2021, en månad efter införande av webbtidbokning, kan en urskiljbar källa till variation visas för uteblivna patienter eftersom mätpunkten ligger under nedre styrgräns (figur 2). Detta beror på att många patienter fick utföra sina undersökningar på externa enheter i december eftersom akut verksamhet prioriterades internt. Andel uteblivna patienter skulle därför satts i förhållande till antalet

utförda undersökningar internt i stället för antalet patienter med inkomna remisser för att förhindra denna missvisning. Minskat antal uteblivna patienter efter införande av webbtidbokning kan i dagsläget inte påvisas. 10 patienter har fått utvärdera deras delaktighet i samband med bokning av radiologisk undersökning på en skala från ett till fem. Sju patienter svarade fem, två patienter fyra och en patient tre (figur 3).



Figur 2. Resultat efter införande av webbtidbokning.



Figur 3. Resultat av utvärdering av patienters delaktighet.

Nästa steg

Idag är det fortfarande endast få radiologiska undersökningar som går att av- och omboka via 1177 i förhållande till hur många radiologiska undersökningar som finns och utförs på Danderyds sjukhus. Nästa steg är att utöka antalet av- och ombokningsbara undersökningar för att slutligen möjliggöra webbtidbokning för majoriteten av alla undersökningar och därmed patienter.

Faktaruta

Namn: Rebeka Gregov
 Email: rebekagregov@hotmail.se
 Arbetsgivare: Region Stockholm
 Enhet: Danderyds sjukhus, Röntgenavdelning



Optimera förberedelseprocessen inför robotassisterad Whipples operation

Bakgrund

Den värdeskapande tiden med patienten på operation är kort, därför är det viktigt att tiden inte läggs på slöseri i förberedelseprocessen. Den medicinska tekniken utvecklas snabbt och leder till många fördelar för patienten, som kortare vårdtider och bättre mående postoperativt. Det finns utmaningar för operationsteam att införa nya metoder, som robot assisterad laparaskopi (RAL). Tidigare operationsmetod (öppen Whipples) medförde att operationsteamet upplevde arbetsuppgifterna mentalt belastande. Vid införandet av nytt arbetssätt bör fokus riktas mot patienten och dess välmående och inte på den belastning som icke värdeskapande aktiviteter medför.

Patientinvolvering

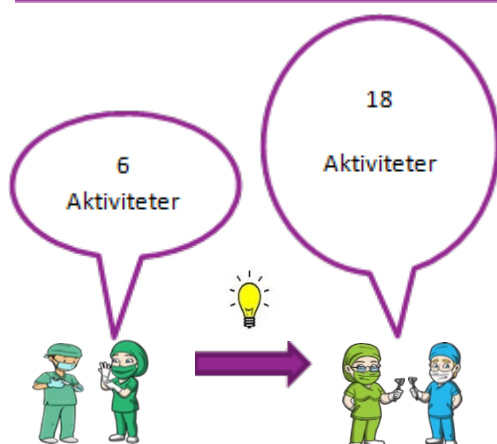
Under förbättringsarbetet har hela teamet samverkat med patienten för att öka delaktighet vid patientpositionering. Postoperativ dag två har förbättringsledaren besökt patienten på avdelning i syfte att inhämta information från patienten om erfarenhet från operation och patientpositionering. Informationen har sedan återgivits till teamet för att utveckla vården vidare till nästa patient.

Syfte och Mål

Vilket mål har vi- vad vill vi åstadkomma?	•Standardisera preoperativa förberedelser vid robot assisterad laparaskopi metod vid Whipples operation i syfte att minska slöseri och öka värdeskapande tid för patienten, ska förberedelsen tiden vara 110 minuter +/-10 minuter vid Linköpings Universitetssjukhus 2022-01-31
Hur vet vi att förändringen medfört en förbättring?	•Förbättringen följs genom mätning av tiden för förberedelse och icke värdeskapande tid för patient och medarbetare på operation.
Vilka förändringar leder till förbättringar?	•Genom att införa en standardiserad förberedelse, handbok och utvidga teamet runt RAL whipple

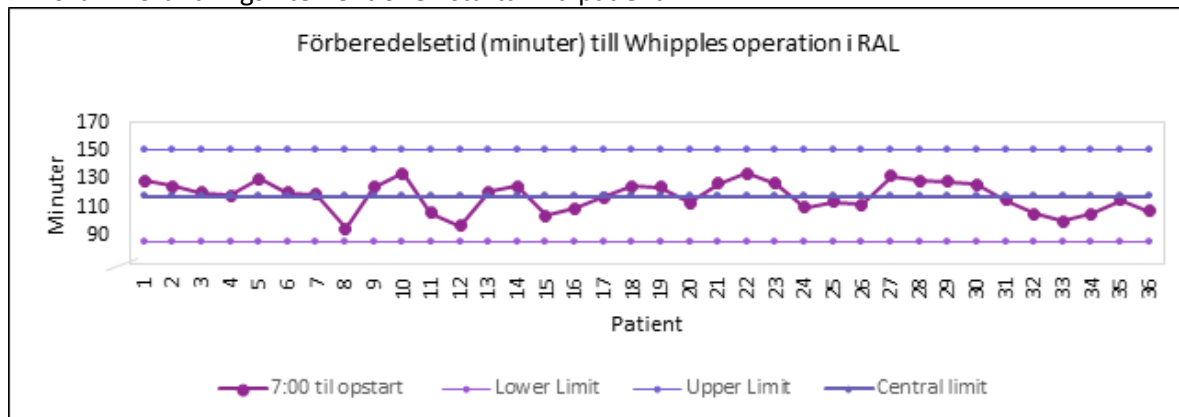
Förändringsidé

Värdeflödesanalys användes för kartläggning av förberedelseprocessens olika aktiviteter. Före kartläggningen var det för medarbetaren 6 kända aktiviteter, efter kartläggningen visades det vara 18 enskilda aktiviteter. Genom en observationsstudie valdes de tre aktiviteter ut, där störst möjlighet till påverkan på värdeskapande tid sågs. Dessa var PDSA 1 operationsanmälan, PDSA 2 instrument och material och PDSA 3 patientpositionering.



Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

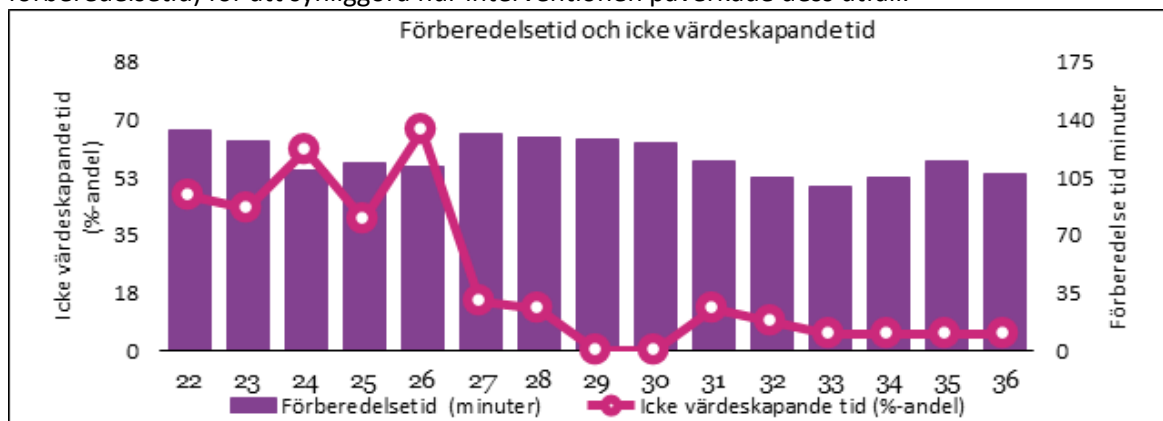
Genom att mäta förberedelsetiden till operation går det att följa om den minskar. Förändringsinterventionen startar vid patient 22.



Figur 1. I-

diagram med förberedelsetider för ett antal Whipples operationer.

Förberedelsetiden plottas nedan (figur 2) tillsammans med den icke värdeskapande tiden (som % av total förberedelsetid) för att synliggöra hur interventionen påverkade dess utfall.



Figur 2.

Förberedelsetid (min) och icke värdeskapande tid (% av total förberedelsetid) som funktion av patientnummer.

Resultat

Figur 1. Före standardisering syns det att tiden varierar runt 120 minuter. Topparna i diagrammet uppstår efter en längre tids uppehåll. Mot slutet ses möjligen en nedåtgående trend. Figur 2. Den icke värdeskapande tid minskade efter patient 26. Då var flera åtgärder genomförd nämligen standardisering av material, ny instruktion i handboken och krav på rätt ifyllt operationsanmälan.

Nästa steg

Nästa steg är att simuleringsträna och utbilda nya kollegor. Fortsätta utveckla standard genom förberedelse och operationsprocessen. Lärdom från detta arbete kan användas vid införandet av robotassisterad teknik.

Faktaruta

Namn: Sara Gregeborg

Email: Sara.Gregeborg@regionostergotland.se

Arbetsgivare: Landstinget i Östergötland

Enhet: Anestesi och Operationskliniken, Linköping



Att skapa medbeslutande i målsättningar med sin egen/sin anhöriges rehabilitering genom teamsamverkan, en förbättring för patient, anhörig och profession.

Bakgrund

Studier visar att delaktigheten hos patienter i sin egen rehabilitering är låg och att patienter har önskemål om att vara betydligt mer delaktiga. Studier visar också att professioner i hälso- och sjukvård värdesätter teamsamverkan framför allt då det upplevs skapa en större helhet kring patienten och en effektivare rehabilitering med en ökad grad av målsättningar. I den organisation där förbättringsarbetet ägde rum visade det sig efter granskning av journalen att medbeslutande (enligt SKL:s delaktighetstrappa) i sin egen eller den närståendes rehabilitering var obefintlig. Förbättringsarbetet ägde rum på en korttidsavdelning i Sollefteå kommun. Antalet vårdtidsvistelser på korttidsplats var under 2018 55 stycken.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Förbättringsarbetet involverade patient men också anhörig genom implementering av ett nytt arbetssätt för teamsamverkan mellan de olika professionerna och patienten och/eller anhörig, där patienten tillsammans med professionerna sätter upp egna mål för sin egen rehabilitering.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetets syfte

Syftet med förbättringsarbetet var att skapa förutsättningar för ökad delaktighet för patienterna genom ökat medbeslutande i sin egen eller sin anhöriges rehabiliteringsmål.

Förbättringsarbetets smarta mål

Att 200501 har 80 % av patienterna och/eller anhöriga upplevt att det fått vara med att besluta om mål för sin egen/den närståendes rehabilitering.

Förändringsidé

Att implementera ett nytt flöde för teamsamverkan mellan professioner och patient/anhörig med en ISIP (Intern samordnad plan) där patient och/eller anhörig tillsammans med berörda professioner beslutar om rehabiliteringsmål för patienten. Detta följs sedan upp under en uppföljning av ISIP. Professioner som deltar under ISIP är enhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, baspersonal, patient och/eller anhörig. Under ISIP skrivs även genomförandeplaner samt hälsoplaner. Samtliga professioner samt patient och/eller anhörig deltar även vid uppföljningen.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Vi vill gärna veta!

Vi vill utveckla och förbättra verksamheten.

Därför vill vi gärna veta vad du tycker. Ta en minut och ge oss dina synpunkter. Tack!

Jag tycker att jag fått vara med att besluta om mina/min
närståendes målsättningar för rehabiliteringen

😊 Ja

😞 Nej

Om ja, varför?: Man lyssnade _____

Om nej, varför? _____

 Sollefteå kommun

Resultat enkät medbeslutande; en patient

Resultat

Olika faktorer gjorde att implementeringen av arbetssättet försenades. Covid -19 gjorde också att förbättringsarbetet fick avslutas i förtid. Detta innebar att endast en patient samt anhörig hann vara delaktig i förbättringsarbetet.

Nästa steg

En korttidsplatsavdelning är nu i uppstart och materialet som arbetades fram under förbättringsarbetet används som underlag för det påbörjade arbetet. De tankar och funderingar som samlades in i samband med förbättringsarbetet används som underlag för det uppdrag som nu arbetats fram för den nya arbetsgruppen.

Faktaruta 2021

Namn: *Sara Hjalmarsson*

Email: *sara.hjalmarsson@sollefteå.se*

Arbetsgivare: Sollefteå kommun

Enhet: Hälso- och sjukvårdsverksamheten

Samskapande förbättringsarbete med interkulturellt perspektiv

Ett förbättringsarbete och studie på H.K.H Kronprinsessan Victorias barn och ungdomssjukhus

Bakgrund

Vintern 2019 vårdades en gosse på ett barnsjukhus i Sverige där språksvårigheter och viss kulturell kontextuell diskrepans försvårade kommunikationen. Missförstånd och okunskap ledde till att gossen avled. Eftersom personalen inte hade tillräcklig kunskap och tillräckliga redskap för att kommunicera med patienter från olika kulturer och med hjälp av tolk äventyrades patientsäkerheten med katastrofala följder. Genom att ta del av patienterfarenheter och inkludera ett interkulturellt perspektiv i alla förbättringsarbeten kan brister som dessa upptäckas och åtgärdas. På barnsjukhuset bör dessa samskapande förbättringsarbeten ses som självklart för att vården ska utformas för barnet i centrum.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Patientinvolvering har genomsyrat hela förbättringsarbetet genom att innan förbättringsarbetet intervjua möjliga patienter om deras förväntningar på vården samt att förbättringsteamet bestod av lika många patient-/ föräldrarepresentanter som tvärprofessionella medarbetare. För ökad förståelse för interkulturella skillnader sattes förbättringsteamet samman med teammedlemmar med olika kulturell bakgrund.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet för förbättringsarbetet var att utifrån verksamhetens mål införa samskapande förbättringsteam med interkulturellt perspektiv på H.K.H Kronprinsessan Victorias barn och ungdomssjukhus för ökad patient delaktighet och ökad patientsäkerhet.

Globalt mål

Det globala målet för förbättringsarbetet var att undvika allvarliga avvikelser relaterat till otillräcklig kunskap om kulturella olikheter och dess betydelser för vården.

Smarta mål

Patienter med tolkbehov som vårdas på Barnmedicinsk sjukvårdsavdelning (BAVA) och Barnakuten ska tillgodoses med tolksamtal under sin vårdtid.

- Före sista februari 2022 ska avdelningen öka det totala antalet bokade tolksamtal från genomsnittet 3,2 stycken per vecka till minst 7 stycken per vecka.
- Under tiden 24/3-31/3 2022 ska tolkarnas utvärdering av tolksamtalen visa att inget av dessa hade bristande kvalitet.

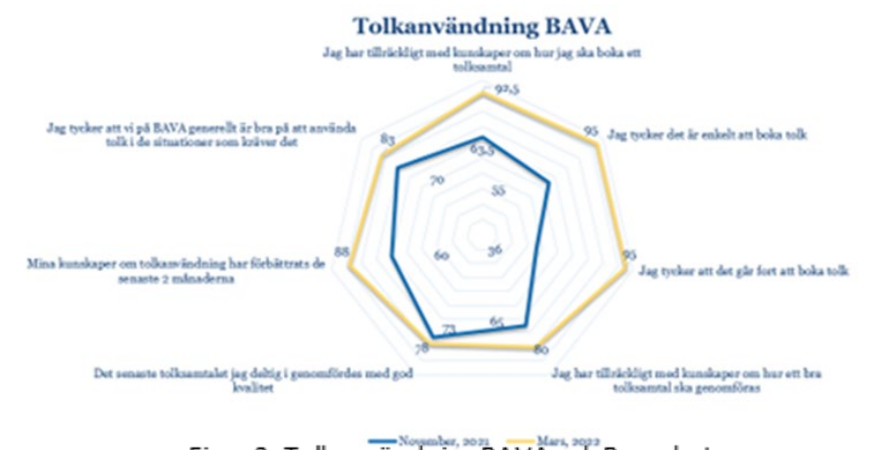
Förbättringsidé

- Utbildning online
- Förenkla bokningsförfarande
- Utbildning till patient

Figur 1. Förbättringsidéer förbättringsarbetet

Förändringsidé

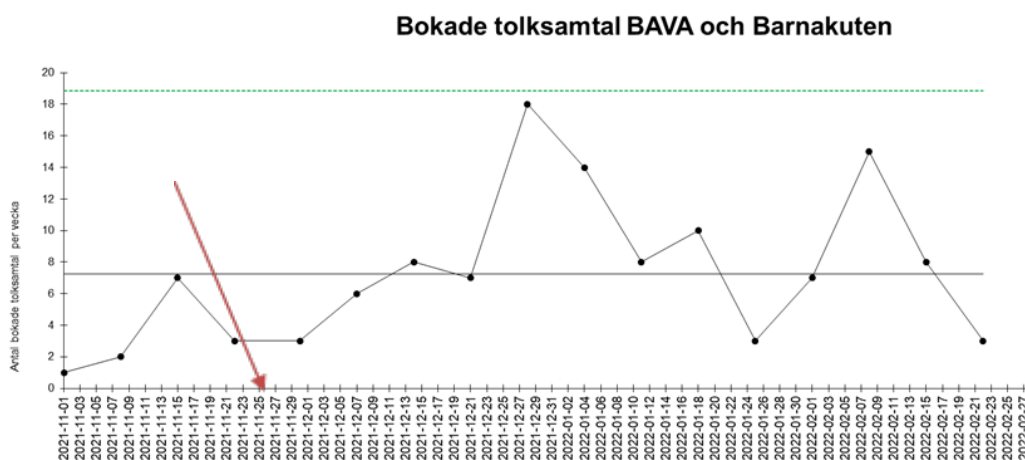
För att systematiskt arbeta med de förbättringsområden och förbättringsidéer som förbättringsteamet identifierat inom huvudmålet "kommunikation med tolk" fortsatte arbetet med hjälp av Nolans förbättringsmodell. Tre förbättringsidéer togs fram som avser att förbättra tolkanvändningen för personalen och patienterna på BAVA och Barnakuten (Figur 1).



Figur 2. Tolkanvändning BAVA och Barnakuten

en enkät där de uppgav att de tillfogat sig ökade kunskaper om tolkanvändning samt att bokningsförvarandet underlättats (Figur 2).

Det vanligaste bokningsförfarandet på avdelningen innan förändringen var att boka tolk genom att ringa tolkförmedlingen. Genomsnittlig tid för tolkbokning via telefon uppskattades av medarbetarna i intervjuer till mellan 5 minuter till 2 timmar. Tidsåtgången för tolkbokning har kortats till 1-5 minuter enligt personalens uppskattningar i enkätsvaren. Statistik över antal bokade tolksamtal hämtades från tolkförmedlingen som stod för 98% av tolksamtalen under år 2021. I genomsnitt genomfördes 3,2 bokningar per vecka före förändringen vilket ökade till 7,24 bokningar per vecka efter förändringen (röd pil), se figur 3.



Figur 3. Antal bokade tolksamtal BAVA och Barnakuten

tillfogat sig förbättrade kunskaper om tolkanvändning. Inga allvarliga avvikelser rörande kommunikation rapporterades in under november 2021 till mars 2022.

Nästa steg

Spridning av utbildning och bokningsmetoden till fler kliniker inom Regionen samt uppföljning av informationsfilmen till patienterna.

Faktaruta

Namn: *Ida Janse*

Email: ida.janse@regionostergotland.se

Arbetsgivare: Region Östergötland

Enhet: H.K.H Kronprinsessan Victorias Barn och ungdomssjukhus

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förändringen i PGSA 1:1 innebär att införa en utbildning för medarbetare i tolkanvändning och förändringen i PGSA 1:2 innebär att införa en app för tolkbokning för att underlätta bokningsförfarandet. PGSA 1:3 avsåg att skapa en informationsvideo till patienterna. Medarbetarna svarade efter förändringarna på

Resultat

Med enkla medel så ökade antalet tolksamtal efter införandet av förenklad bokningsmetod. Tolknas utvärdering av tolksamtalen påvisade att samtalen hade god kvalitet. Medarbetarna har efter utbildning och med nytt bokningssystem

Hur kan vi göra mer för fler?

– Digital bedömning av psykisk ohälsa i primärvården.

Bakgrund

Från 2019 säger lagen om förstärkt vårdgaranti att patienten har rätt till en medicinsk bedömning av legitimerad vårdpersonal inom 3 dagar från det att patienten tar kontakt med en mottagning i primärvården. Trots att det nu gått 3 år sedan lagen infördes har vården inte lyckats uppfylla dessa krav. Digitala sjukvårdstjänster kommer att vara avgörande i framtiden för att möta patienternas behov och förväntningar på vården. Flera förändringar har gjorts på vårdcentralerna i region Uppsala vilket gett viss effekt på möjligheten att uppfylla målen i vårdgarantin för psykologer och kuratorer. Effekter som kortare väntetider och ökad tillgänglighet bidrar till denna positiva attityd till förbättringsarbete och införande av digitala arbetssätt.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

I förbättringsarbetet utgår vi från teamet närmast patienterna med psykisk hälsa där psykologer och kuratorer arbetar, även kallat mikrosystemet på tre vårdcentraler. För att få med dem vården är till för involverades invånarpanelen i region Uppsala för att utvärdera och prova en digital väg in vid psykisk ohälsa.

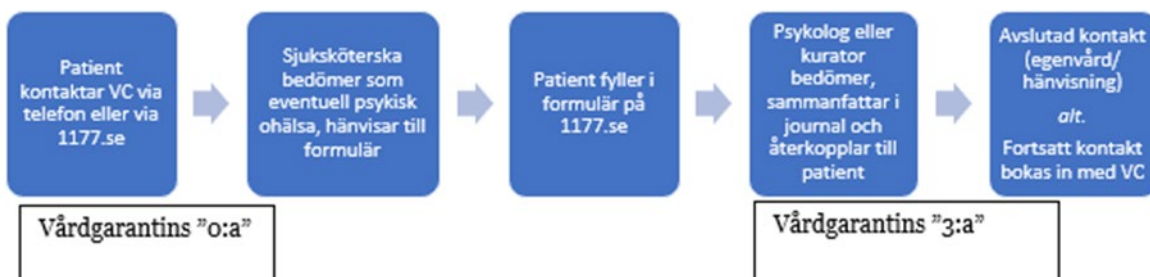
Syfte och Mål

Förbättringsarbetets syfte är att öka tillgänglighet genom att ta fram ett digitalt formulär som ska ge medicinsk bedömning inom tre dagar till patienter som söker för psykisk ohälsa hos psykolog och kurator i primärvård. Målet är att det den 31 Mars 2022 ska finnas ett digitalt anamnesformulär, bedömningsmall och svarsmall på tre pilotvårdcentraler där alla som söker för psykisk ohälsa med hjälp av formuläret får medicinsk bedömning inom 3 dagar.

Förändringsidé

Det digitala formuläret är framtaget från redan existerande formulär för orienteringssamtal inom hälso- och sjukvård samt nationella skattningsskalor vid psykisk ohälsa och andra sammanlänkade viktiga parametrar som ex våldsutsatthet, kost och fysisk aktivitet.

Nedan visas en processanalys på hur ett flöde skulle kunna se ut .

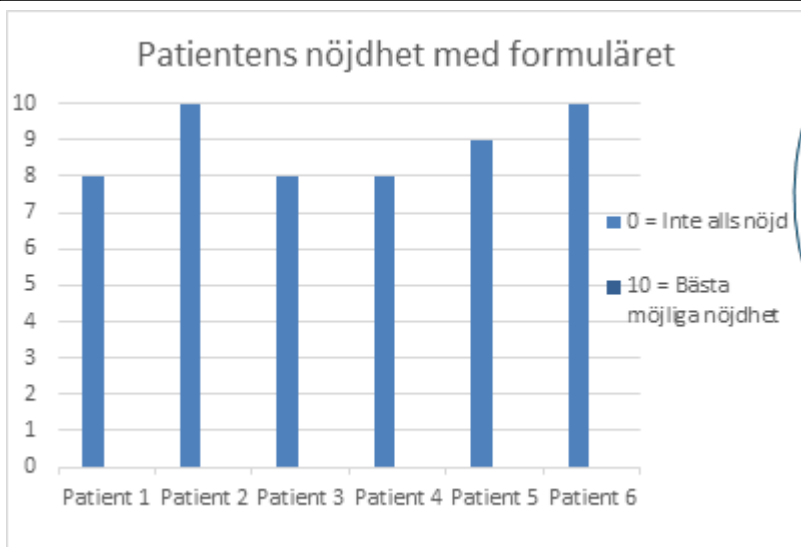
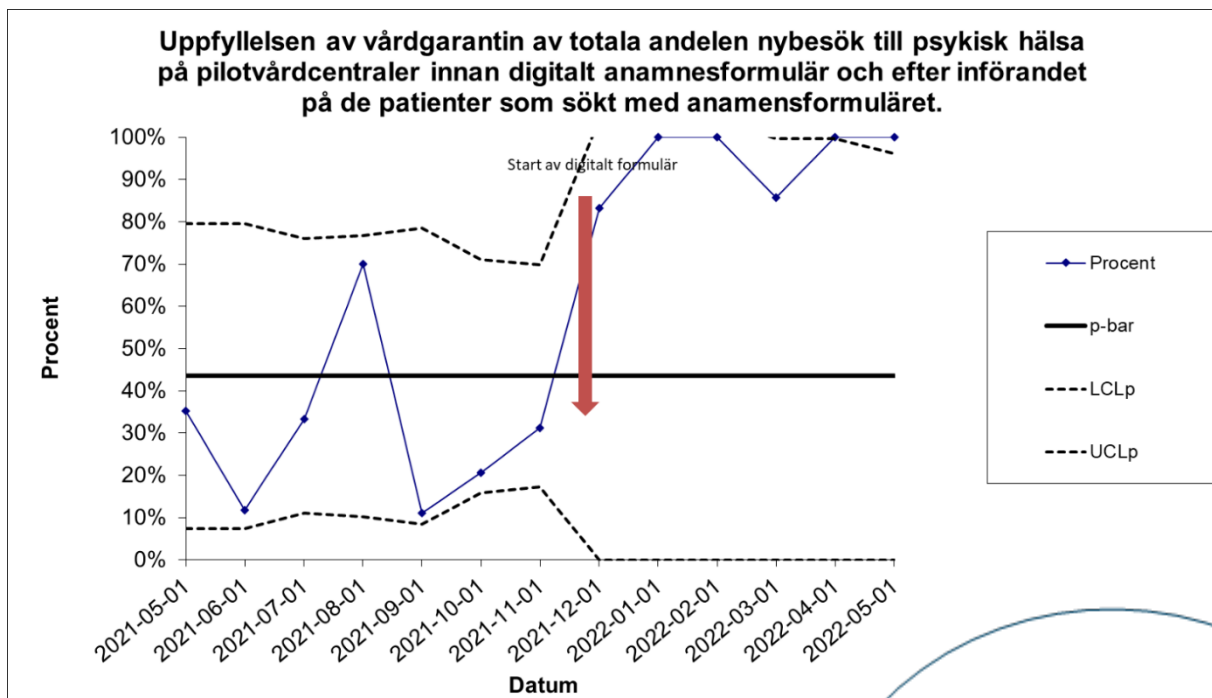


Användandet av digitalt formulär skulle kunna innebära mindre tidsåtgång per medicinsk bedömning för behandlare, samt underlätta för planering av resurser och schemaläggning. För att kvalitetssäkra omhändertagandet av patienterna med anamnesformuläret kommer det behövas en bedömningsmall och svarsmall för behandlarna.

Resultat

Resultaten av genomfört förbättringsarbete är att ett digitalt formulär med tillhörande dokument finns och alla patienter som sökt med detta har fått en medicinsk bedömning inom 3 dagar, detta har lett till en bättre tillgänglighet och nöjdhet hos patienter och behandlare. Förändringen av mikrosystemet innebär att vården bedrivs på en annan nivå och på ett resurseffektivare och tillgängligare sätt. Digitaliseringens fördelar i form av standardisering gav resultatet av en personcentrerad anamnes som möjliggör ett effektivt vårflöde, arbetsmetod och snabbare återkoppling till patienterna.

Uppfyllelsen av vårdgarantin presenteras i P -diagrammet nedan.



”Skönt att kunna göra det digitalt i förväg, lätt att glömma eller tappa bort eller glömma om man får det i pappersform”

”Psykologen på plats vet vad som gäller så man kan komma till kärnan snabbare”

”Bra grund till det fysiska mötet,

Stapeldiagrammet visar patienternas nöjdhet av helhetsupplevelsen med formuläret och kommentarer från patienter om formuläret. Patienterna var mycket positiva till att söka via ett formulär och få bedömning digital inför besök.

Nästa steg

Att arbeta med förbättringar som är väl förankrade i verksamheten leder till goda framsteg och måluppfyllelse. Utmaningen att skapa förutsättningar för patientmedverkan är en viktig lärdom att ta med sig vidare i arbetet genom att utvärdera och hitta nya vägar att underlätta för patienter att medverka. Formuläret planeras att införas på andra vårdcentraler med förhoppning om ökad tillgänglighet för patienter med psykisk ohälsa. En utmaning är de ersättningssystem som idag inte ger ekonomisk ersättning till denna typ av vård.

Faktaruta

Namn: Karin Kanon

Email: karin.kanon@regionuppsala.se

Arbetsgivare: Region Uppsala, Nära vård och hälsa.

Enhet: Nära vård digitalt

Hemsidan: [Effektiv och nära psykologisk behandling inom Region Uppsala](#)

Ett förbättringsarbete för att minska fall och trycksår genom mentorskap, Gröna korset och utbildning i hjälpmedel.

Bakgrund

Fallskador och trycksår är två typer av vårdskador som kan drabba en patient vid vistelse i slutenvården. Slutenvårdsavdelningen som förbättringsarbetet genomfördes på nådde inte det regionala målvärdet att trycksår skulle drabba <3% av alla patienter och antalet fall på avdelningen hade ökat det senaste året. Förbättringsarbete behövdes för att minska undvikbart lidande och öka patientsäkerheten. Det fanns även en önskan från medarbetarna på avdelningen att arbeta med att minska vårdskador relaterade till trycksår och fall.

Patientinvolvering

Patienter har involverats i förbättringsarbetet genom att besvara enkäter som har delats ut under förbättringsarbetets gång. Patienterna planeras dessutom involverats genom den nya arbetsmetodiken - Gröna korset. Gröna korset innebär bland annat att tillvarata patienters förbättringsförslag utifrån identifierade risker.

Syfte och Mål

Syftet var att minska antal fall och andel trycksår på lungmedicinavdelningen Skaraborgs sjukhus Skövde (SkaS). Målsättningen var att förbättringsarbetet skulle bidra till att antal fall per 100 vistelser skulle minska från 6 till under 4 fall per 100 vistelser och andelen trycksår, kategori 1–4 skulle ligga inom målvärdet <3 % alla månader. Målen förväntades vara uppnådda i slutet av mars 2021.

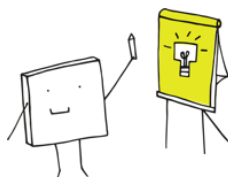
Förändringsidé

En arbetsgrupp bestående av undersköterskor och sjuksköterskor bildades för att identifiera orsaker och generera förändringsidéer:

■ Gröna korset



■ Utbildning i hjälpmedel



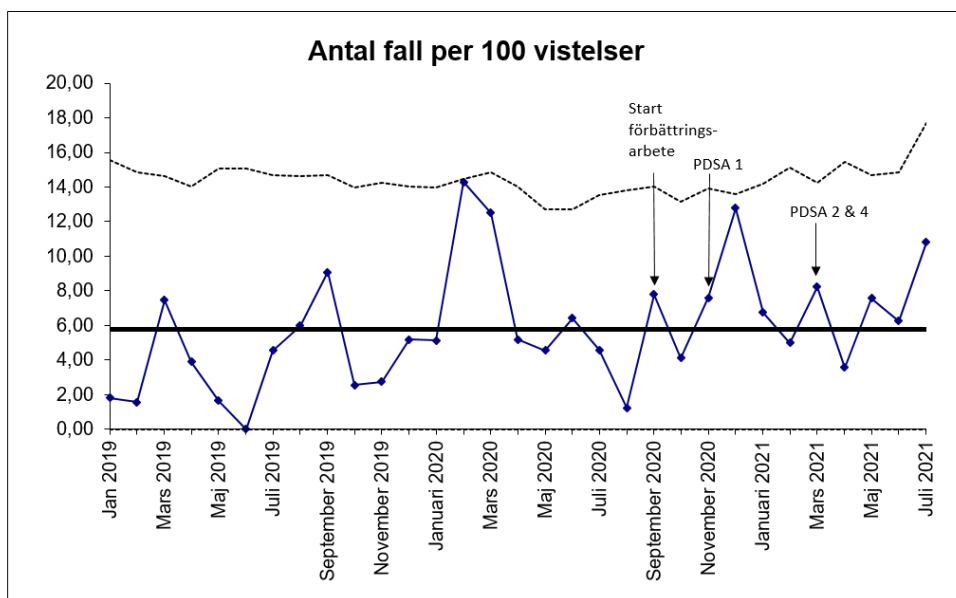
■ Mentorskap



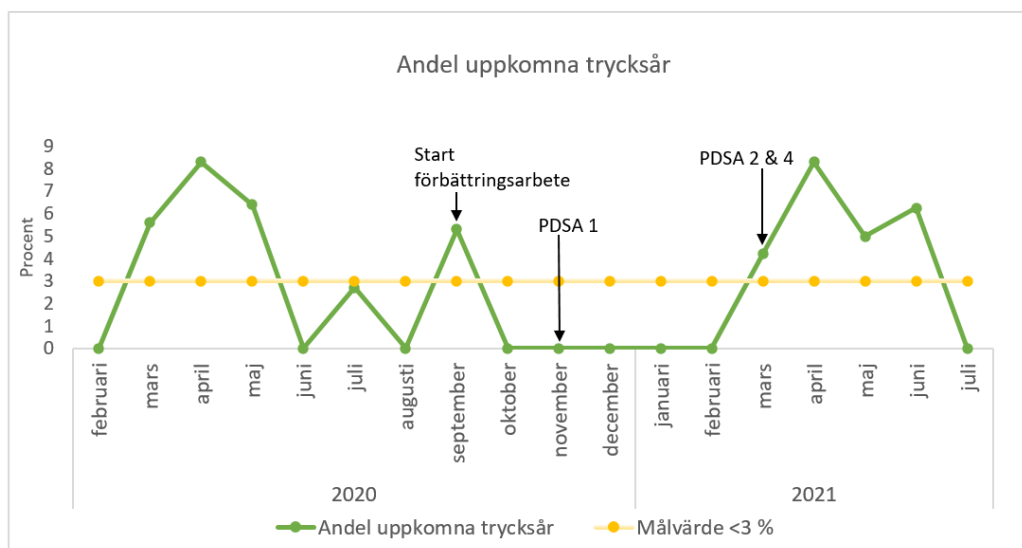
Arbetsgruppen införde Gröna korset, en metod som möjliggör daglig identifiering av vårdskador där även solrosen ingår som är en reflektion om det positiva som hänt under dagen. De höll också utbildning i hjälpmedel för medarbetare på avdelningen och utvecklade mentorskap för nyanställda. För att veta om förändringarna blev en förbättring valdes mätetal utifrån Nolans förbättringsmodell. Förbättringarna har testats utifrån Nolans förbättringsmodell med hjälp av PDSA-cykler.

Resultat – Hur vet vi om denna förändring var en förbättring?

Genom att mäta antalet fall per 100 vistelser och andelen uppkomna trycksår på avdelningen kunde vi se om de förändringsidéer som genomfördes ledde till en förbättring. Data hämtades från journalsystem och avvikelssystem.



Diagrammet ovan visar antalet fall per 100 vistelser på lungmedicinavdelningen under perioden 1 januari 2018 till juli 2021.



Diagrammet ovan visar andel uppkomna trycksår, kategori 1-4 på lungmedicinavdelningen 2020. Utfallet baseras på antalet uppkomna trycksår jämfört med antalet mätbara vårdtillfällen.

Ingen tydlig förbättring kan ses i diagrammen. Antalet fall har legat inom målvärdet en månad, andelen trycksår har legat inom målvärdet sex av tio månader sedan förbättringsarbetets start. De uppsatta målsättningarna med förbättringsarbetet har inte till fullo uppnåtts. Då införandet av vissa förbättringsidéer dröjt på grund av arbete med covid-19 vård så behövs ytterligare tid för att genomföra förbättringsidéerna och utvärdera resultatet.

Nästa steg

Ett fortsatt arbete planeras för att utvärdera förbättringsidéernas effekt. Gröna korset är planerat att införas på ett flertal enheter på sjukhuset och förbättringsarbetet på slutenvårdsavdelningen ska fortsätta under hösten 2021.

Faktaruta

Namn: Malin Lysfoss Gunnerfeldt

Email: malin.gunnerfeldt@vgregion.se

Arbetsgivare: Västra Götalandsregionen

Enhet: Enhet verksamhetsutveckling, SkaS

Co-production för jämlik och tillgänglig vård för patienter med synskada

Bakgrund

Vården ska vara jämlik för alla patienter. Även för de som ser dåligt. Detta förbättringsarbete är ett steg mot att skapa det genom co-production med de patienter som besöker ögonsjukvården på ett av Sveriges största sjukhus.

Synskadades riksförbund (SRF) hade sommaren 2021 synpunkter på både tillgänglighet och bemötande. Medlemmar upplevde att den fysiska tillgängligheten inte var anpassad för synskadade patienter. Det var svårt att hitta utan ledsagare, och receptionen var inte tillgänglighetsanpassad. Dessutom var bemötande inte bra, och känslan var att personalen inte förstod hur det är att inte kunna se.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Förbättringsarbetet har planerats tillsammans med ombud från SRF. Synskadade patienter bjöds på en rundvandring för att påpeka brister i tillgängligheten samt ge åtgärdsförslag. Efter genomförda åtgärder bjöds samma medlemmar in för att utvärdera resultatet. Det togs även fram en två timmars insiktsutbildning för personalen, som leddes av patienter med synskada.

Syfte och Mål

Syfte: Tillgänglig och jämlik vård för patienter med synskada. De ska ha samma förutsättningar som ej synskadade patienter som besöker mottagningen. Det gäller både tillgänglighet och bemötande.

1. För att öka tillgängligheten för våra synskadade patienter ska tre av fyra testpersoner ge minst 6 av 10 i betyg (median av fyra frågor) när det gäller upplevelsen av den fysiska tillgängligheten på Ögonmottagningen. Betyget ges av testpersoner med synskada, och före förbättringsarbetet gav endast en av testpersonerna betyget minst 6 av 10. Målet ska vara uppnått 31 mars 2022.

1. För att öka förståelsen för de synskadade patienterna och på så sätt förbättra bemötandet, ska minst 30 medarbetare ha genomgått en insiktsutbildning ledd utav SRF. Målet ska vara uppnått 31 mars 2022. Detta är ett delmål, där slutmålet är att alla medarbetare ska ha genomgått utbildningen under 2022.

Förändringsidé

Idén med arbetet var att göra patienterna så delaktiga som möjligt, för att kunna få så bra resultat som möjligt. Fokus har varit på att ta reda på vad patienterna själva tror kan leda till en förbättring, och sedan göra därefter. Patienterna hade ett stort inflytande då de föreslog alla åtgärder som behövde genomföras, samt att det var de som utbildade personalen. Förbättringsledarens uppgift i arbetet blev att se till att de framtagna förändringarna genomfördes, och att personal kom till de tre inbokade utbildningstillfällena. Bland annat sattes nya skyltar upp, ny belysning monterades och nytt "talande" kösystem köptes in.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

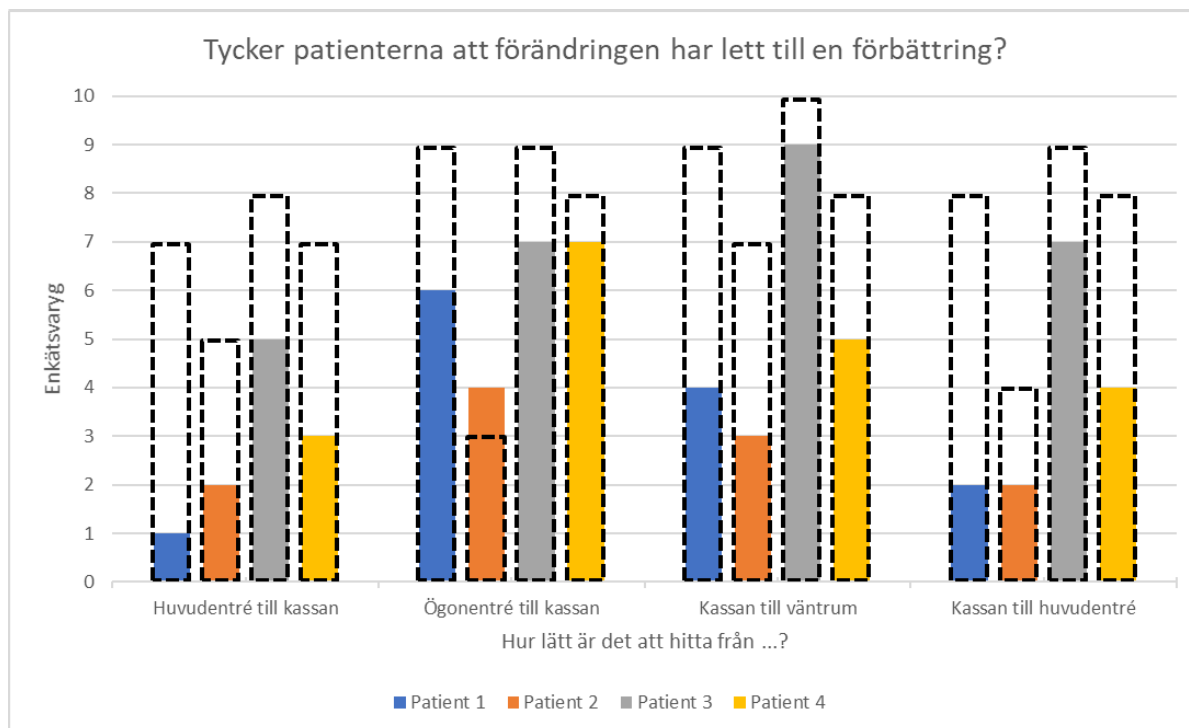
De patienter som besökte och utvärderade den fysiska tillgängligheten fick ge ett betyg på 1-10 (1= väldigt svårt 10= väldigt lätt) på hur det var att hitta till fyra olika punkter. Efter genomförda åtgärder har samma patienter gått igenom samma lokaler och svarat på samma frågor om hur lätt/svårt det är att ta sig till en punkt. Resultatet kan ses i figur 1.

Utvärdering av utbildningen pågår. Det finns preliminära resultat som påvisar förbättring av bemötande och ökat medvetenhet hos personalen om deras bemötande.

Resultat

Mål 1: Figur 1 visar resultatet för varje fråga gällande tillgänglighet före och efter förbättringsarbetet. I tabell 1 finns en sammanställning på median för alla svar, och det går att utläsa att 3 patienter gav ett betyg över 6.

Mål 2: 23 av 40 medarbetare hann genomgå den två timmar långa insiktsutbildningen ledd utav SRF. En av anledningarna till ett fler inte hann delta på en av de tre tillfällen utbildningen erbjöds var den pågående pandemin. Lärdomar har tagits för bättre planering av utbildningstillfällena, och framöver kommer de att planeras in på dagar utan klinisk verksamhet.



Figur 1. Patienterna fick ge ett betyg på 1–10 (1= väldigt svårt, 10= väldigt lätt) på hur lätt/svårt det var att hitta till fyra olika punkter. De färgade staplarna visar resultatet per fråga före genomförda förändringar. De streckade staplarna visar betyget efteråt.

Testperson	Medianbetyg före förbättringsarbete	Medianbetyg efter förbättringsarbete
1	3	8,5
2	2,5	4,5
3	7	9
4	4,5	8

Tabell 1. Samma enkät svar som figur 1 ovan, men visar medianen för varje patient före och efter genomförd förbättringsarbete. Målet med minst tre testpersoner som ger betyg över 6 (median) är uppnådd.

Nästa steg

Vid utvärderingen har patienterna kommit med ytterligare förslag på förbättringar, och fler förändringar är redan på gång. Samskapandet tillsammans med synskadades riksförbund fortsätter, och fler utbildningstillfällen är inbokade under året. Förbättringsarbetet har även lett till idéer om samskapande tillsammans med andra patientgrupper.

Faktaruta

Namn: Muqaddas Manto

Email: muqaddas.manto@gmail.com

Arbetsgivare: VGR

Tidiga insatser för personer med psykosjukdom

Bakgrund

I Sverige insjuknar cirka 1500-2000 personer per år i psykosjukdom. Psykos är ett tillstånd som innebär att personen har en förändrad och avvikande tolkning av sin omvärld, med svårigheter att sortera syn- hörsel- och känslouttryck. Hallucinationer, vanföreställningar samt störningar i tankarna är vanligt. Tidiga insatser vid misstänkt psykos är viktiga för att minska konsekvenser av sjukdomen. Därför har ett förbättringsarbete gjorts på psykosmottagningen i Värnamo för att minska tiden till första kontakt.

Förbättringsarbetet omfattade även att göra närstående delaktiga i vård och behandling, vilket ökar möjligheten för att personen ska få ett bra stöd i sin återhämtning.

Patient- närståendeinvolvering

Val av förbättringsarbetet samt genomförande har gjorts i samskapande med personer med egen erfarenhet av psykosjukdom, person med erfarenhet som närstående samt medarbetare.

För att få ytterligare kunskap om närståendes uppfattningar av de tidiga insatserna har också gruppintervju med närstående till personer som är inskrivna på mottagningen genomförts.

Samskapande

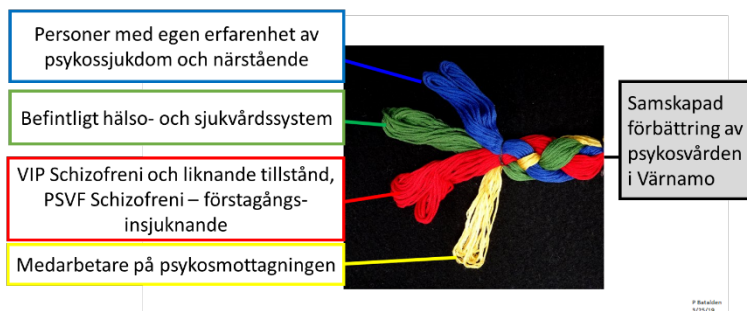


Illustration av Paul Batalden, modifierad av Å. Melkersson för att beskriva samskapandet i förbättringsarbetet.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet bestod av två delar: Ökad hälsa för personer som insjuknat i psykosjukdom genom tidiga insatser och förbättrade förutsättningarna för delaktighet. Tre olika specifika mål sattes:

1. 80 % av alla personer med misstänkt psykosjukdom skulle inom 3 dagar få en första kontakt med psykosmottagningen via telefon eller fysiskt möte med personen och dennes närstående.
2. 100 % av alla med misstänkt psykosjukdom skulle ha en dokumenterad fast vårdkontakt.
3. 100 % av alla med misstänkt psykosjukdom skulle ha en dokumenterad psykiatri vårdplan.

Alla målen skulle vara uppfyllda till den 31 mars 2022.

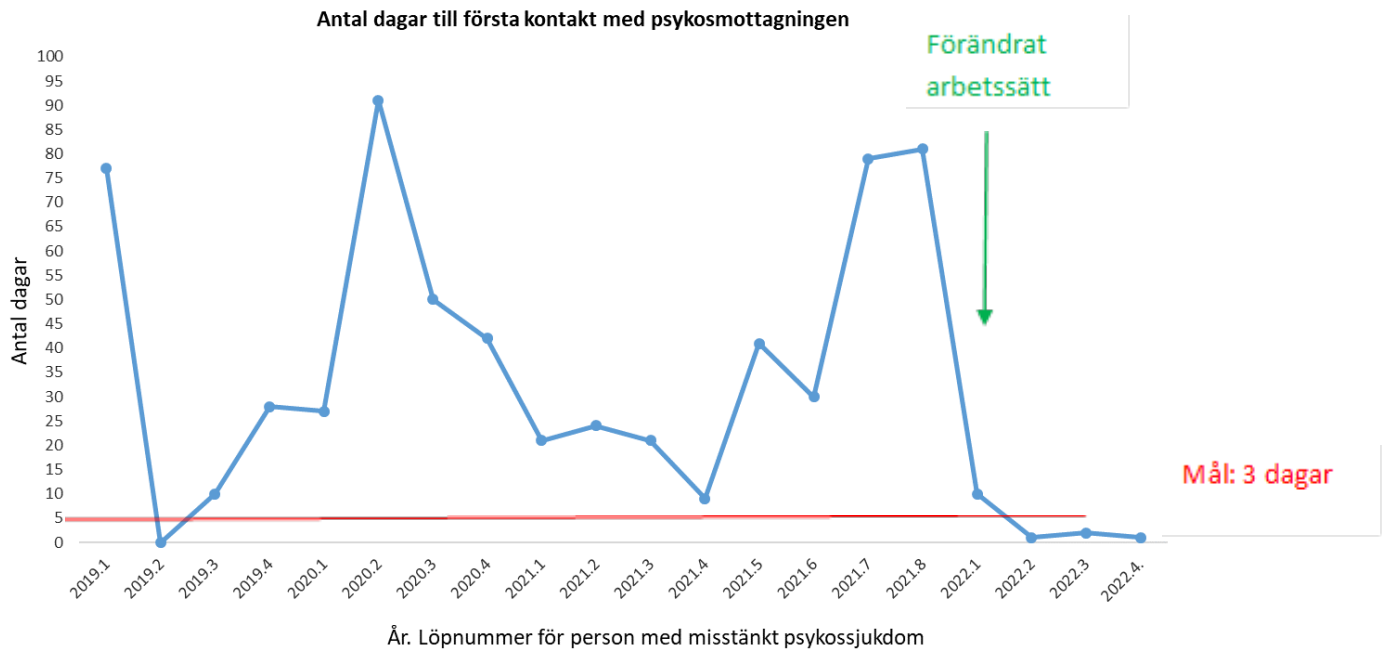
Förändringsidé

- Skapa nytt arbetssätt för att minska tiden till första kontakt där alla nyinsjuknade har en dokumenterad fast vårdkontakt och senast efter tredje besöket en dokumenterad vårdplan.
- Skapa ett informationsblad för att öka förutsättningarna för delaktighet för personer och närstående.



Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

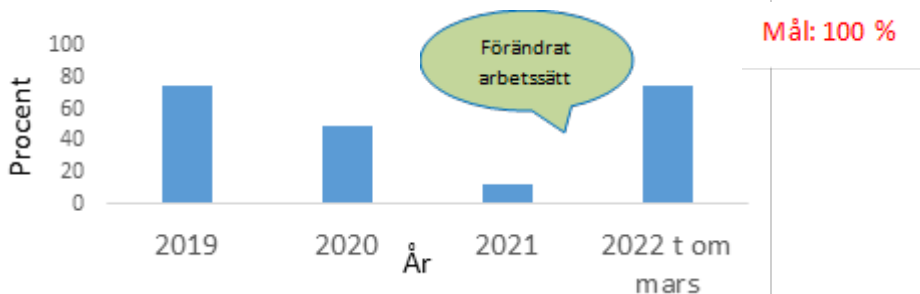
Genom att mäta antal dagar till första kontakt samt andel personer som hade dokumenterad fast vårdkontakt av det totala antalet nyinsjuknade i psykosjukdom, se figur 1 och 2.



Figur 1. Visar antal dagar till första kontakt med psykosmottagningen för nyinsjuknade i psykosjukdom under perioden 2019-mars 2022.

Andel personer med dokumenterad fast vårdkontakt

Figur 2 visar andel personer med dokumenterad fast vårdkontakt av det totala antalet nyinsjuknade i psykosjukdom under perioden 2019-mars 2022.



Resultat

Efter förbättringen infördes hade fyra personer med misstänkt psykosjukdom fått remiss till mottagningen. Tre av dem (75%) hade fått kontakt inom tre dagar. Tre (75%) hade fått fast vårdkontakt. Tre hade gjort minst tre besök och av dem hade en (33%) vårdplan.

Nästa steg

Mätningar av tid till först kontakt och andel personer med dokumenterad fast vårdkontakt kommer fortsätta. Resultatet av mätningarna analyseras kontinuerligt för att vid behov kunna pröva ytterligare förbättringar. Informationsbladet ska utvärderas genom intervjuer med personer och närstående som fått bladet.

Faktaruta

Namn: Åsa Melkersson

Email: asa.melkersson@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Specialistpsykiatri Region Jönköpings län

Nå följsamhet till NEWS genom kontroll på fasta tidpunkter och öka patientsäkerheten

Bakgrund

Varje år drabbas >100 000 patienter av vårdskada, ca 2000 får bestående men och ungefär 1200 människor dör med en vårdskada som bidragande orsak. Tre faktorer har avgörande betydelse för patientens prognos i händelse av försämrat tillstånd; tidig identifiering av svikt i vitala funktioner, tidiga interventioner och adekvat kompetens. NEWS (National Early Warning Score) är ett system för att säkerställa tidig identifiering varje gång försämring inträffar. Detta förbättringsarbete genomfördes på Visby lasarettets kirurgiska vårdavdelning där omvårdnadspersonalen varje dygn övervakar 23 patienters allmäntillstånd med NEWS. Varje dag bemannas avdelningen med ≥ 20 medarbetare. Brister i följsamhet identifierades vid egenkontroll 2021.

Patientinvolvering

Genom hela förbättringsarbetet har patientens bästa varit i fokus. Patientens säkerhet får inte riskeras och förbättringsarbetets förändringsidéer ska inte orsaka ökat lidande för patienten. Vid projektstart genomfördes två patientintervjuer för ökad förståelse av patienters syn på kontroll av vitala parametrar och patientsäkerhet. NEWS ska kontrolleras var 4:e till 6:e timme, dygnet runt, vilket kommer påverka patientens nattsömn vid ett eller fler tillfällen per natt. Därför är det viktigt att antalet fasta kontroller minimeras, tidpunkt för varje kontroll kan generera värde och skapa mest nytta för patienten, utan att riskera dess säkerhet. Nattsömnen hos 12 patienter observerades med uppföljande patientenkät för att se om förbättringsarbetet påverkade sömnkvaliteten. Resultatet var svårtolkat och arbetsuppgifter, som riskerar patientens sömnkvalitet, var flera under natten, bl.a. läkemedelsadministrering och provtagning.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att öka patientsäkerheten genom förbättrad följsamhet till NEWS-rutin med färre variationer. Följsamheten ska inte bero på tidpunkt på dygnet, veckodag eller vem som arbetar. För tidig identifiering av försämring och för att undvika vårdskada är målet att alla patienter som vårdas på vårdavdelning C3 ska följas med NEWS. Senast 31 mars 2022 ska delmål 1 uppnås, 60 % av alla inneliggande patienter ska följas med NEWS-kontroll på fasta tidpunkter.

Förändringsidé

Förändringsidén som testas är:

1. *Nå följsamhet till NEWS med NEWS-kontroll på fasta tidpunkter*
2. *Nå följsamhet till NEWS genom ökad förståelse för kopplingen till patientsäkerhet*
3. *Lära genom transparenta mätningar, reflektion och dialog*

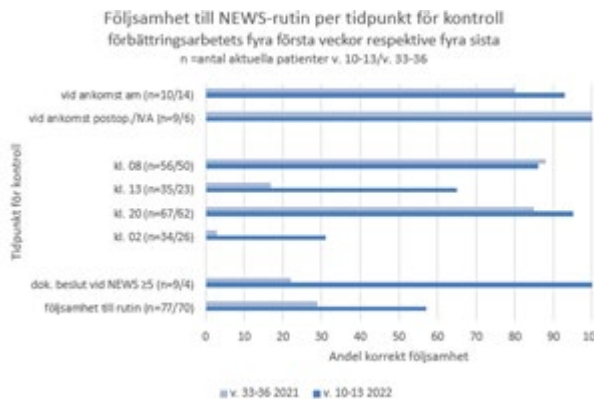
Fasta tidpunkter för kontroll innebär kl. 08 och kl. 20 (oavsett ankomsttid till avdelningen). Vid uträknat NEWS-värde ≥ 1 tas ny kontroll kl. 13 och/eller kl. 02. Vid NEWS-värde ≥ 5 ska kontakt tas med ansvarig läkare och dokumenteras. En dag/vecka journalgranskas samtliga inneliggande patienter kl. 08 ($n \leq 25$) utifrån följsamhet "ja eller nej" 24 h före granskning. Tidpunkter för NEWS-kontroll togs fram av förbättringsgruppen (fyra medarbetare) och gäller från juni 2021 (PDSA1). Olika utbildningsinsatser har genomförts (PDSA2). Bl.a. åtta korta inspelade powerpointpresentationer om patientsäkerhet och resultat av journalgranskning som skickats via mail till samtlig omvårdnadspersonal (v. 44 – 49 samt v. 12). Följsamhet till NEWS har presenterats med olika diagram kontinuerligt via anslag i korridor, APT och mail (PDSA3). Från v. 35 har förbättringsgruppen träffats 45 min/vecka för samtal och reflektion kring aktuell följsamhet och fortsatt planering för att nå måluppfyllelse.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Följsamheten sammanställdes veckovis från 33 i styrdiagram (figur 1). Förbättringsarbetet startade v. 35.



Figur 1. Följsamhet till NEWS på fasta tidpunkter.



Figur 2. Följsamhet till NEWS/tidpunkt för kontroll under förbättringsarbetets första och sista fyra veckor.

Resultat

Följsamhet till NEWS har vid ett par tillfällen nått ca 80 %. Följsamheten var högre än centralinjen v. 4-12, men variationen är för stor för att benämna rutinen som stabil. Följsamhet till NEWS-kontroll vid ankomst till vårdavdelning och morgon-/kvällskontroller var hög tidigt och uppnår 85 - 100 %. Effekten av förbättringsarbetet ses framför allt vid uppföljande kontroll kl. 13 (i genomsnitt nått 76 %) och dokumenterad kontakt med ansvarig läkare vid NEWS-värde ≥ 5 som uppnådde 100 % i slutet. Här är antalet kontroller med uppmätt NEWS-värde ≥ 5 få.

Vid förbättringsarbetets granskningstillfällen har 105 enskilda individer (omvårdnadspersonal) arbetat i patientnära arbete vilka behövde kännedom om lokal NEWS-rutin för korrekt följsamhet. Knappt hälften är tillsvidareanställd personal, en fjärdedel timvikarier och resterande är konsultsjuksköterskor. Det är svårt att nå ut med information och skapa utbildning för en stor arbetsgrupp. De inspelade presentationerna har uppfattats positiva; tillgängliga, korta, informativa och genererat ökad förståelse för syftet med rutinen. Förbättringsgruppen träffades för kortare eller längre avstämning en gång/vecka från v. 35-52 (två undantag). De fyra medarbetarna ansvarade för att sprida förbättringsgruppens tankar till omvårdnadspersonalen via APT, professionsmöten, vid överrapportering mellan arbetspass och i teamarbetet. Initialt möttes de av ett motstånd som successivt avtog när fler medarbetare började följa rutinen. Arbetet upplevdes lättare när rutinen efterlevdes. Genom systematiska mätningar, reflektion och dialog i grupp erfar förbättringsgruppen att de fick förståelse före övrig omvårdnadspersonal.

Nästa steg

Fortsatt arbete behöver göras för att nå följsamhet till NEWS-rutin och öka patientsäkerheten. Förändringar tar tid, förutsättningar (bl.a. delat ansvar, tid för reflektion och uppföljning) krävs och utmaningar (arbetsgruppens storlek, möjlighet till informations spridning och brist i kontinuitet) behöver bemötas av aktiv engagerad ledning. Förbättringsarbetets lärdomar och erfarenheter önskas spridas till Visby lasarets övriga verksamheter och till andra kirurgiska vårdavdelningar i Sverige.

Faktaruta

Namn: Maria Sandgren

Email: maria.sandgren@gotland.se

Arbetsgivare: Region Gotland

Enhet: VO Kirurgi/Urologi, vårdavdelning C3

En systematisk arbetsmetod för att förbättra brukardelaktighet och inflytande

Bakgrund

Vård- och omsorgsinsatserna ska hålla god kvalitet och ständigt förbättras. Omsorgen av personer med funktionsnedsättning behöver förbättras i Sverige. Flera studier visar att delaktighet är en aspekt av funktionsomsorgen som kan förbättras. Forskning visar också att det behövs mer kunskap om hur delaktigheten kan förbättras. Ett etablerat sätt att förbättra vård och omsorg är att bedriva förbättringsarbete. Här presenteras ett förbättringsarbete avseende delaktighet för personer med funktionsnedsättning.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Brukarna har involverats genom dialog som ligger till grund för ICF-kartläggning, individuella brukarmöten, upprättande av genomförandeplaner, uppföljning samt att medarbetarna tillsammans med brukare planerat insatserna och aktiviteterna. Kontinuerliga mätningar har skett under förbättringsarbete för att undersöka brukarnas uppfattning av det förändrade arbetssättet. Brukarna involverades i värderingen av den erbjudna insatsen som en aktiv part.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetets övergripande syfte var att förbättra brukarnas delaktighet och inflytande. Det specifika syftet med förbättringsarbetet var att införa en systematisk arbetsmetod som omfattar ICF-kartläggning, individuella brukarmöten, dokumentering i genomförandeplaner och systematisk uppföljning. Målet var att öka andelen brukare som anger att de är delaktiga i den omfattning de önskar i sin planering, beslut och insatser på LSS-verksamheter, till > 90 %.

Förändringsidé

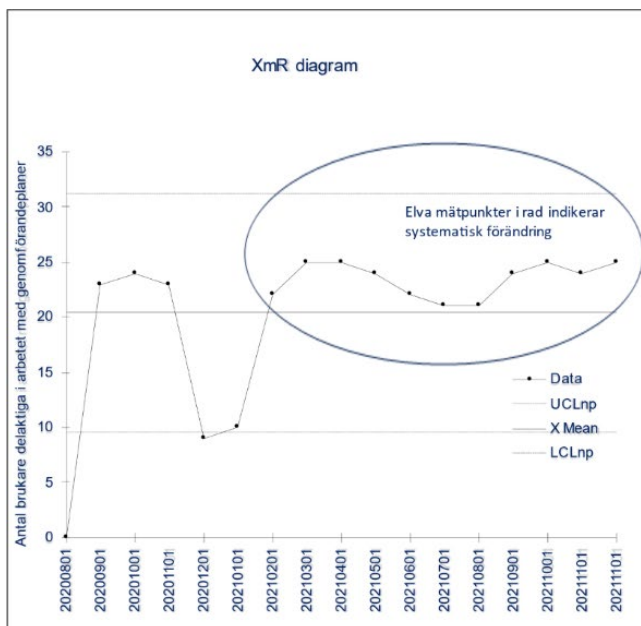
Vi behövde förändra det traditionella arbetssättet som inte inbjöd till vare sig brukardelaktighet, inflytande, professionellt teamarbete eller en gemensam syn på vårt uppdrag. En ny systematisk arbetsmetod genomfördes för att förbättra brukardelaktighet i form av medverkan i besluts- och planeringsprocesser samt möjlighet att påverka den individuella genomförandeplanen. Verksamhetens övergripande strategier och verktyg har betydelse för medarbetarnas möjlighet att främja brukarens delaktighet i vård och omsorg.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

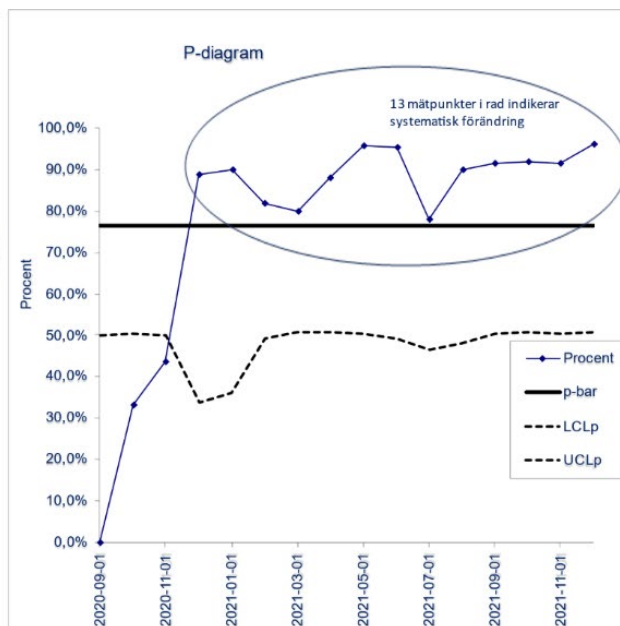
Genom att utgå från Nolans förbättringsmodell och tester i liten skala med PDSA. Mätning av resultat genom journalgranskning, enkäter, intervjuer och självskattning. Mäta andelen av alla brukare som anger att de är delaktiga i den omfattning de önskar i sina insatser, beslut och planering, som visas och följs regelbundet över tid. Att synliggöra fakta ger möjligheter till dagliga förbättringar.

Resultat

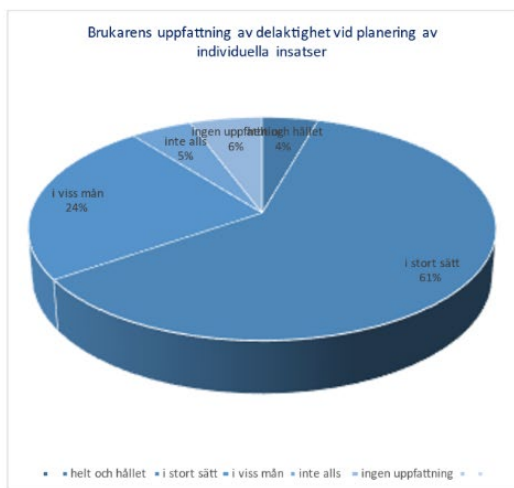
Resultaten visade att användningen av arbetsmetoden medför att arbetssättet systematiseras och kvalitetssäkras samt uppfyller de krav som ställs utifrån aktuell lagstiftning. Resultaten visade att användningen av arbetsmetoden medförde en bättre struktur i olika arbetsprocesser, ökade förutsättningar för brukardelaktighet/inflytande, skapade insatser av goda kvaliteter för brukaren, och mer enhetlig dokumentation inom LSS-verksamheter. Arbetsmetoden bidrog till kunskapsutveckling för medarbetarna och fick vinna större förståelse bland olika aktörer för det arbete som sker inom ramen för socialtjänstens uppgift. Medarbetarna har fått ökade kunskaper om målgruppens behov, vilket är väsentligt för att forma en ändamålsenlig verksamhet. Kunskaper om brukarens behov och önskemål blev en förutsättning för att brukaren skulle bli delaktig och få inflytande över de insatser som planerades och verkställdes. Att arbeta med systematisk arbetsmetod medförde även en förutsättning för att utveckla en evidensbaserad praktik. Slutsatsen blev således att målen om en ökad brukardelaktighet och ett enhetligare arbetssätt inom och mellan LSS-verksamheter blev uppfyllda vid användandet av arbetsmetoden.



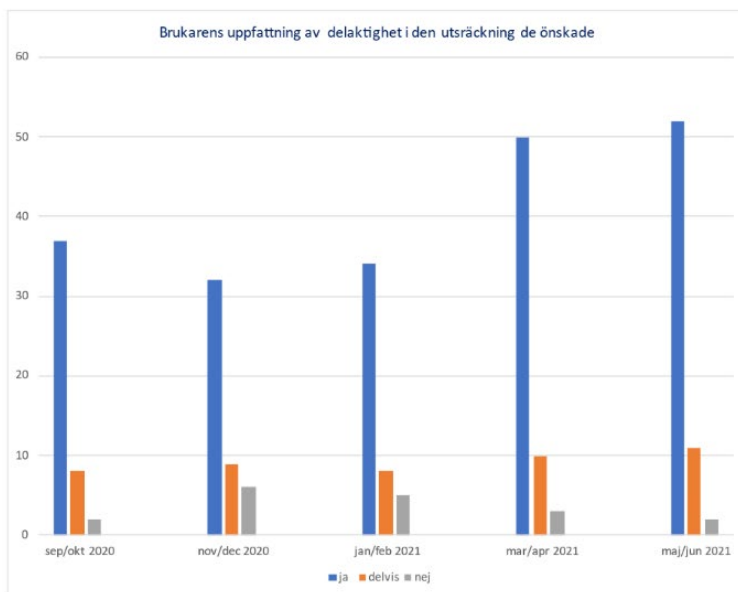
Figur 1 Styrdiagram. Förbättringsarbetets resultatmätt visar antal brukare delaktiga i sin genomförandeplan per månad. 347 brukare ha varit delaktig i utformningen av genomförandeplanen under och efter förbättringsarbetet på LSS-verksamheter. Brukare ha vart delaktiga och utövat inflytande över hur insatsen ska genomföras.



Figur 2 P-diagram. Förbättringsarbetets resultatmätt visar andel brukare som erhållit insatser i enlighet med genomförandeplan under och efter förbättringsarbetet. 238 brukare ha varit delaktig i mätning med hjälp av självskattningsskala.



Figur 3. Cirkeldiagram visar antal brukare som uppfattat att de är delaktiga vid planering av individuella insatser. 226 enkäter har besvarats på enkätverktyg, Picto-O-Stat NM under och efter förbättringsarbetet. För att uppnå hög grad av delaktighet vid planering behöver ett antal delaktighetskriterier vara uppfyllda: att planeringen är möjlig att påverka, att planeringen är anpassad för brukarens delaktighet, att professionella har kompetens att skapa delaktighet. Brukarna är på flertalet frågor nöjda.



Figur 4 stapeldiagram. Resultatmätt visar brukarens uppfattning av delaktighet i den uträkning de önskade. Under och efter förbättringsarbetet har ett enkätverktyg, Pict-O-Stat använts för att undersöka brukarens uppfattning om delaktighet. Frågorna var utformade som ett påstående där brukaren hade tre svarsalternativ, ja, delvis, nej. 226 brukare svarade på enkätverktyg, Pict-O-Stat. Alla brukare som velat/kunnat delta med stöd av två frågeassistenter besvarat enkäten.

Nästa steg

Merparten av de LSS-verksamheter som inte deltagit i förbättringsarbetet har påbörjat införa arbetsmetoden i verksamheten för att öka graden av brukardelaktighet. Utmaningen ligger i att bibehålla den förbättrade arbetsmetoden över tid. För att brukarna ska garanteras delaktighet, inflytande, individualiserat stöd och service av hög kvalitet är det angeläget att LSS-verksamheterna fortsätter vidareutveckla arbetsmetoden.

Faktaruta

Namn: *Arijeta Shatri*

Email: *arijeta.shatri@hotmail.com*

Arbetsgivare: *Växjö kommun*

Förvaltningen: *Omsorgsförvaltningen/funktionshinderomsorgen*

Rätt vård, på rätt plats, i rätt tid

Bakgrund

En global och nationell trend är att antalet disponibla vårdplatser sjunker, Sverige har det lägsta antalet i Europa. Även vårtiden för ineliggande patienter sjunker. I Sveriges nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet beskrivs olika fokusområden för målet mot en säkrare vård. Ett fokusområde avser att göra system och processer tillförlitliga och säkra, det beskrivs att rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Säkrare vård uppnås med involverade och delaktiga patienter. Nyckeln till ökad patientinvolvering kan vara att skapa en hälsoplan tillsammans med patienten. För att öka patientens förståelse för möjligheten till eget ansvarstagande.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

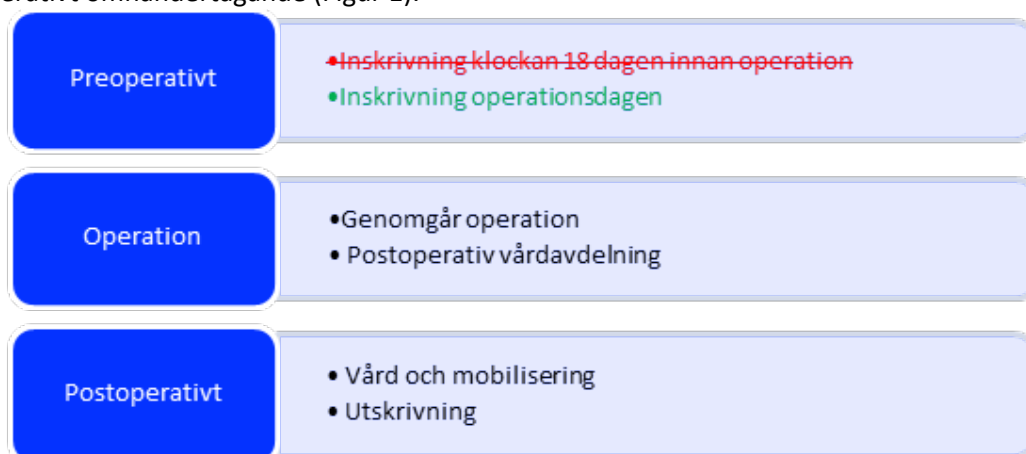
Patienternas upplevelse av förändrat arbetssätt fångades genom patientenkäter. Enkäterna delades ut till patienterna på utskrivningsdagen från vårdavdelningen.

Syfte och Mål

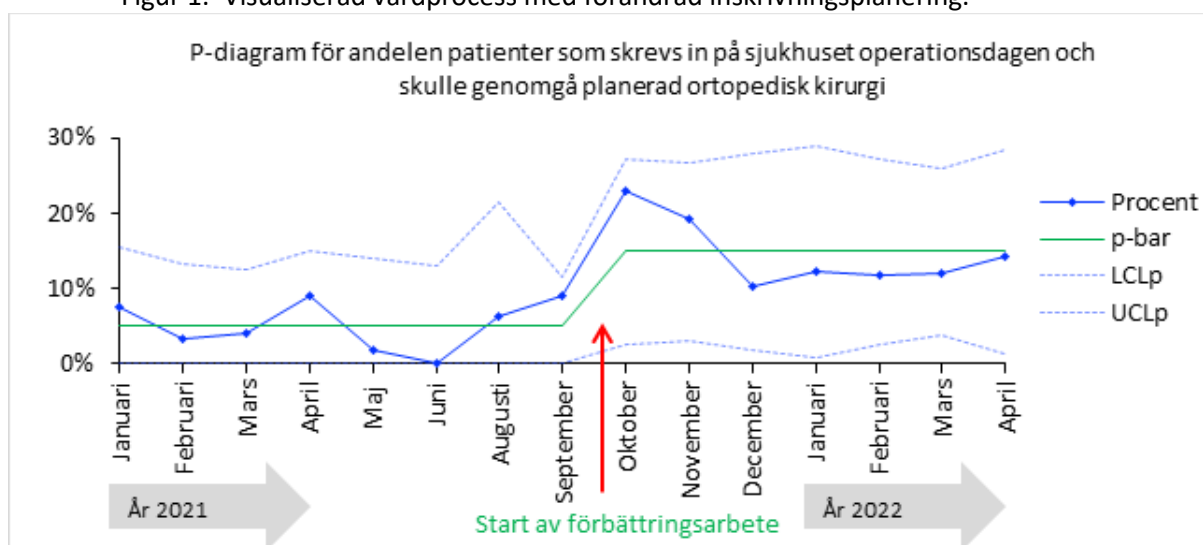
Syftet med förbättringsarbetet var att optimera vårdplatsutnyttjandet genom att minska antalet preoperativa timmar som patienter befanns sig på sjukhuset. Målsättningen, till april 2022, var att minst 30 procent av patienter som genomgick planerad kirurgi, skulle skrivas in operationsdagen.

Förändringsidé

För att minska planerade patienters preoperativa vistelse på sjukhus, behövs arbetssättet förändras. Det nya arbetssättet innebär att flera patienter bokas till en extern preoperativ vårdavdelning, som förbereder patienten inför operation. Efter operation kommer patienten till ortopedisk vårdavdelningen för fortsatt postoperativt omhändertagande (Figur 1).



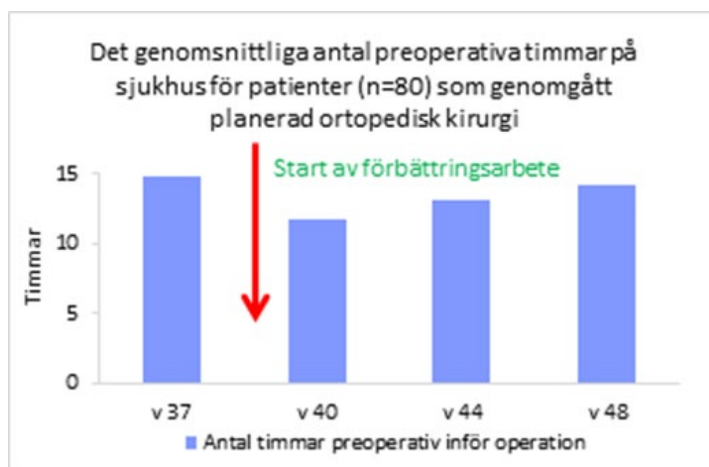
Figur 1. Visualiserad vårdprocess med förändrad inskrivningsplanering.



Figur 2. Styrdiagram för andelen patienter som skrivs in operationsdagen

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Genom att mäta hur stor andel av patienterna som skrivs in operationsdagen (Figur 2). Diagrammet visar data från januari 2021 till april 2022.



Figur 3. Genomsnitt antal timmar på sjukhus preoperativt.

Patienter som skrevs in kvällen innan operation vistades i genomsnitt 15,2 timmar på sjukhus inför operation. Några patienter skrevs in 22 timmar innan operation! Patienter som skrevs in operationsdagen vistades i genomsnitt 3,2 timmar på sjukhuset. Figur 3 visar patienters genomsnittliga antalet timmar på sjukhuset under förbättringsarbetet.

En viktig slutsats av förbättringsarbetet är att se över hur resurser används. Vårdavdelningen har inte obegränsat med resurser, därför har det stor betydelse för hur vårdplatser disponeras. Patienter ska få vård på rätt plats och i rätt tid. Vårdens arbetssätt påverkar dess tillgänglighet.

Nästa steg

Det nya arbetssättet är en del av en ny vardag och kommer att fortsätta. Förbättringsarbetet och resultatet presenteras för chefer i organisationen och medarbetare, för att lära av arbetssättet. Diskussioner pågår om hur arbetet ska utvecklas vidare.

Faktaruta

Namn: *Malin Ström*

Email: *malin.e.strom@hotmail.com*

Arbetsgivare: Region Stockholm

Enhet: Ortopedisk slutenvårdsavdelning


Resultat

Förbättringsarbetet resulterade i att andelen patienter inskrivna operationsdagen gick från fem till 15 procent. Målet på 30 procent nåddes inte under tiden för förbättringsarbetet.

Förbättrad munhälsa för patienten med palliativa behov på akutsjukhus

Bakgrund

Cirka en tredjedel av alla dödsfall i Sverige sker på akutsjukhus, en miljö med korta vårdtider där fokus främst ligger på kurativt syftande åtgärder, det vill säga att rädda liv.



”När Carl får hjälp med munvård kan vi prata igen”

-Närstående

Danderyds sjukhus har sedan 2019 en vårdavdelning för patienter med palliativa behov. Vårdavdelningen har tio vårdplatser för patienter med palliativa behov i tidigt och sent skede. Vårdavdelningen arbetar utifrån ett palliativt förhållningssätt med syfte att förbättra livskvaliteten för patienten och dennes närstående.

En god munhälsa är av stor vikt för patienter med palliativa behov då det främjar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och livskvalitet. För att upprätthålla god munhälsa och undvika att patienten får besvär från munhålan är det viktigt att ha ett strukturerat och förebyggande arbetssätt vilket saknades på aktuell vårdavdelning.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Under förbättringsarbetet har kliniska reflektioner gällande munvård och munhälsa inhämtats från patienter och dennes närstående.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetet syftade till att förbättra munhälsan för patienter med palliativa behov genom att införa ett strukturerat arbetssätt för ökad följsamhet till munhälsobedömning med riskbedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) samt att upprätta omvårdnadsplan med fördefinierade åtgärder för patienter med ökad risk för ohälsa i munnen.

Förbättringsarbetets SMARTa mål:

- 90 procent av utskrivna patienter från vårdavdelningen ska ha riskbedömts med ROAG under vårdtiden.
- 90 procent av utskrivna patienter från vårdavdelning med avvikelse vid munhälsobedömningen enligt ROAG ska erhållit en omvårdnadsplan, risk för ohälsa i munnen.

Målen skulle vara uppnådda den 3 april, 2022. Mätningarna redovisades löpande veckovis.

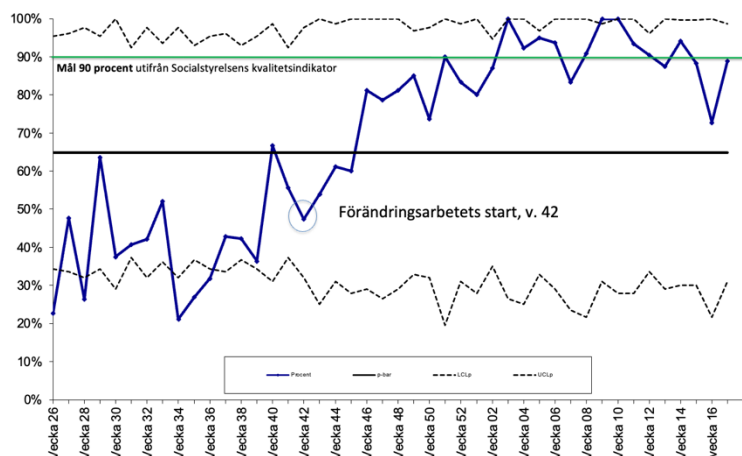
Förändringsidéer

- Utforma en omvårdnadsplan - risk för ohälsa i munnen, med fördefinierade aktiviteter.
- Arbeta fram en skriftlig rutin gällande munhälsa utifrån patientens behov, kartläggning av systemet och beprövad erfarenhet.
- Utbildning/workshop i munhälsa och munvård

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

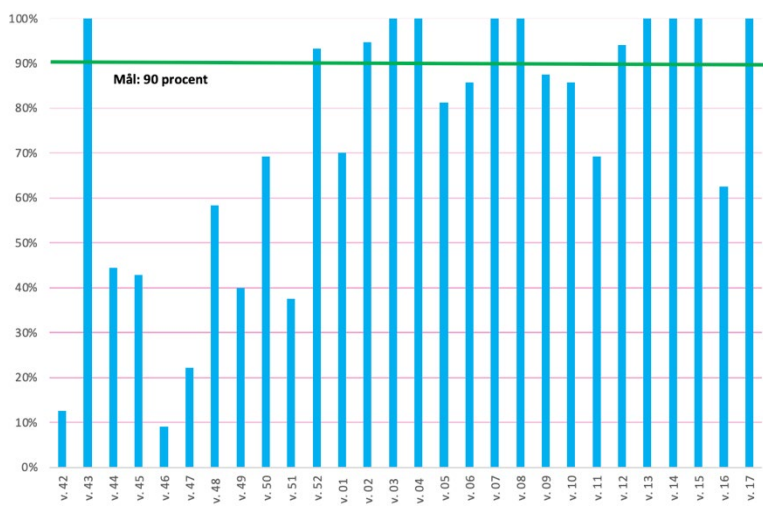
Utskrivna patienter som erhållit munhälsobedömning med ROAG under vårdtiden

Figur 1. Sammanställning av andel utskrivna patienter v 26, 2021 – v. 17, 2022 som erhållit munhälsobedömning med ROAG under vårdtiden



Andel patienter med avvikelse vid bedömning med ROAG med upprättad omvårdnadsplan, risk för ohälsa i munnen

Figur 2. Sammanställning av andel utskrivna patienter med risk för ohälsa i munnen med upprättad omvårdnadsplan v. 42, 2021 – v 17, 2022



Resultat

Syftet med förbättringsarbetet vilket var att införa ett strukturerat arbetssätt för ökad följsamhet till munhälsobedömning med ROAG och upprättandet av omvårdnadsplan med fördefinierade åtgärder för patienter med i risk för ohälsa i munnen är till viss del uppnått. På vårdavdelningen används idag ett strukturerat arbetssätt kring munhälsa. Mätningarna visar en tydlig positiv trend både gällande genomförda munhälsobedömningar och upprättade omvårdnadsplaner. För att få en stabil process behöver den fortsatt följas över tid.

Nästa steg

Presentation av förbättringsarbetet för Danderyds sjukhus kvalitetsråd. Intresse finns att införa ett strukturerat arbetssätt gällande munhälsa på fler vårdavdelningar på Danderyds sjukhus.



Faktaruta

Namn: Jenny Söderström
Email: jennysoederstroem@icloud.com
Arbetsgivare: Danderyds sjukhus,
Enhet: Avdelning 98

Tillsammans för barnen – Ökad samverkan mellan sjukhusclowner och medarbetare i hälso- och sjukvården som bidrag till barnanpassad vård

Bakgrund

Det finns mycket forskning och evidens om nyttan för barnen när sjukhusclowner och medarbetare samverkar i behandlingar och procedurer. Värdet som lyfts visar att barn som träffar sjukhusclowner upplever minskad oro, stress och smärta och känslan av trygghet, delaktighet och självbestämmande ökar. Förbättringsarbetet genomförs på Vrinnevisjukhusets Barn- och ungdomsklinik i Norrköping, Region Östergötland. Barnen är upp till 18 år med behov av akutsjukvård och barnmedicinsk specialistsjukvård, det innebär bland annat behandlingar, utredningar och bedömningar. Östergötlands sjukhusclowner arbetar cirka 2–3 dagar per vecka på Barn- och ungdomskliniken.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Strukturerade intervjuer med 15 barn i åldrarna 0–15 år och deras föräldrar har genomförts. I de fall barnen hade ett språk intervjuades barnen, i annat fall föräldrarna.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att förbättra samverkan mellan sjukhusclowner och medarbetare i på Barn- och Kvinnocentrum och därigenom bidra till och stärka barnanpassad vård.

SMART mål för förbättringsarbetet

Målet är att bidra till barnanpassad vård genom ökad samverkan mellan sjukhusclowner och medarbetare på Vrinnevisjukhusets Barn- och ungdomsklinik. Samverkan under behandlingar och procedurer, ska öka från 16% - 75%. Målet ska vara uppnått april 2022.

Förändringsidé

Genom att arbeta för en högre samverkan och tydligare arbetssätt med kunskapshöjande insatser och en god implementering tar förbättringsarbetet höjd för hållbarhet över tid. Utifrån den nulägeskartläggning som genomfördes kom två förändringsidéer fram. 1) Att skriva en rutin för vad samverkan innebär, hur den går till, samt sjukhusclownernas uppdrag och strategier. 2) Skapa en e-utbildning som baseras på rutinen och kompletteras med filmer som visar sjukhusclownernas sju arbetsstrategier.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Sjukhusclownerna har sedan i maj 2021 fört deskriptiv statistik (pinnstatistik) över de samverkanstillfällen som genomförts vid varje clowndag (arbetsdag).

Resultat

Det diagrammen visar är att interventionerna har gett önskad effekt då samverkan i mars mättes till 78 %. I diagram 1 ses procentuell samverkan per månad över tid. Under maj och juni skedde baslinjemätningen. I juli utfördes ingen mätning. De tre första PDSA-hjulen i diagram 1 visualiserar informations spridning och kommunikation kring förbättringsarbetet och att den första enkäten skickades ut. I februari tillgängliggjordes den färdiga samverkansrutinen och ett informationsbrev kring denna och förbättringsarbetets progress skickades ut till alla medarbetare. I mars genomfördes informations- och dialogträffar för medarbetare på två enheter samt läkargruppen och i april skickades enkäten ut igen. RS-epidemin och pandemivågens påverkan illustreras med de röda pilarna.

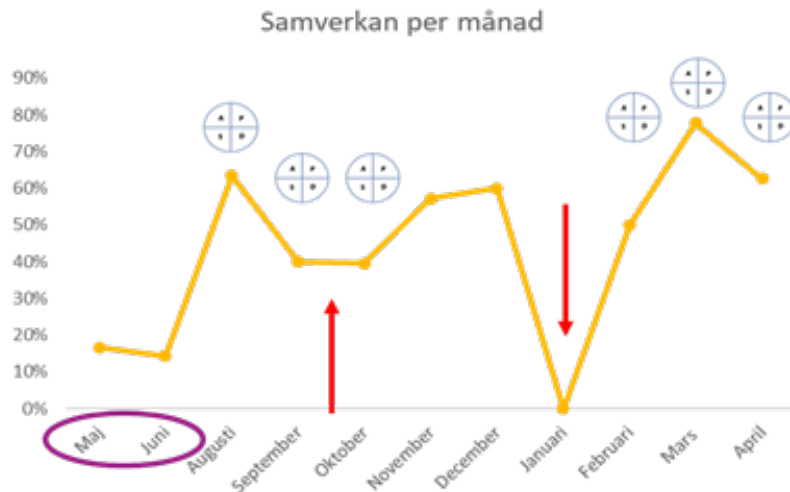


Diagram 1. Samverkanstillfällen per månad i procent

Sjukhusclownerna har definierat att de kan genomföra sex samverkanstillfällen per clowndag. I diagram 2 ses den procentuella variationen per clowndag över hur många samverkanstillfällen som genomförts. Efter baslinjemätningen ses en split för att visa på den förändring som faktiskt skedde. Därefter har det varit en normal variation och förhoppningen är att det successivt blir ännu en påvisbar (5 punkter eller mer på och över styrgränsen) och hållbar förbättring när alla genomgått utbildning och fler börjat tillämpa samverkan.

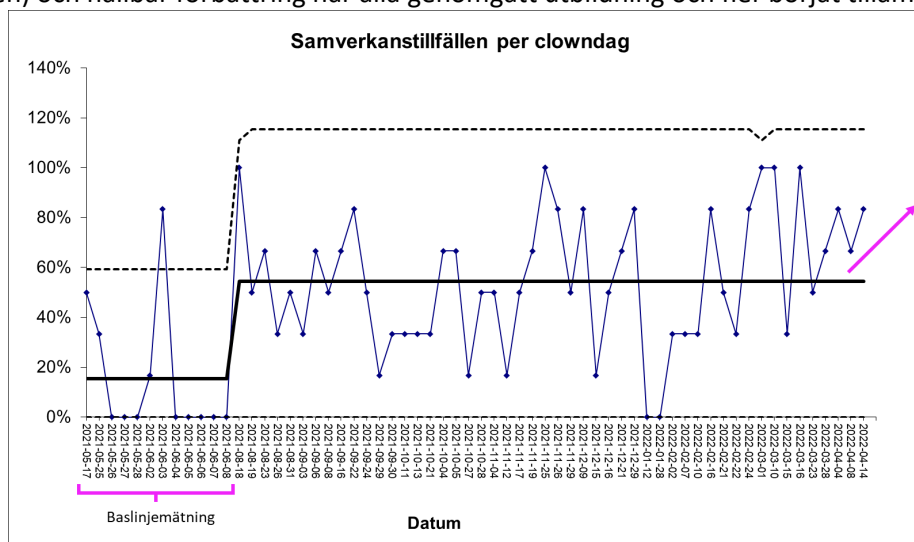


Diagram 2. Utveckling och variation per arbetad clowndag

Nästa steg

Den långsiktiga nyttan med förbättringsarbetet ska leda till att sjukhusclowner och medarbetare på alla tre sjukhus i Region Östergötland har en ökad samverkan för att tillsammans ge tryggare, effektivare och mer barnanpassade behandlingar och procedurer. E-utbildningen blir klar och tillgänglig till sommaren. Lärdomar samlas både via förbättringsarbetet och den pågående studien och en överlämning av det sammantagna resultatet med förslag på fortsatta förbättringsaktiviteter kommer överlämnas till Östergötlands Sjukhusclowner och Barn- och ungdomsklinikens ledningsgrupp. Lärdomar kommer spridas inom Barn- och Kvinnocentrum, Region Östergötlands utvecklingsorganisation och andra clowngrupper i Sverige.

Faktaruta

Namn: Mia Thun

Email: mia.thun@regionostergotland.se

Arbetsgivare: Region Östergötland

Enhet: Barn- och Kvinnocentrum, Hälso- och sjukvårdens stab – Utveckling

Ett förbättringsarbete för att minska vårdskador i samband med operation genom ökad följsamhet till Checklista för säker kirurgi

Bakgrund

World Health Organization tog 2009 fram en checklista för att öka patientsäkerheten i samband med operationer, Safe Surgery Checklist [SSC].

Användandet av SSC kan reducera postoperativa komplikationer med upp till 30%. Att checklistan genomförs korrekt och i sin helhet är dock avgörande för att den ska få avsedd effekt.

På författarens arbetsplats - en operationsavdelning i Region Skåne - framkom brister på flera punkter i checklistan och det var stora skillnader i hur den genomfördes. Det visade sig också att flera professioner i operationsteamet inte kände sig delaktiga och inkluderade när checklistan genomfördes.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Checklistan består av tre delar där del 1 ska genomföras innan anestesistart. I den delen ändrades att patienten själv bekräftar sin identitet och eventuella allergier. Innan var det anestesisyterskötterskan som uppgav den informationen.

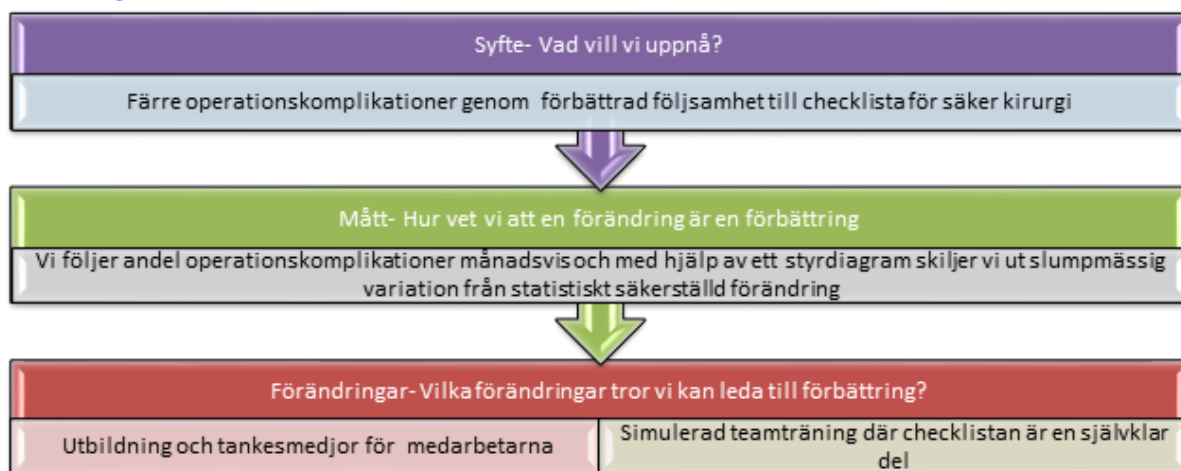
Syfte och Mål

Övergripande syfte med förbättringsarbetet är en förbättrad patientsäkerhetskultur.

Specifikt syfte med förbättringsarbetet är att minska vårdskador i samband med operation genom ökad följsamhet till checklista för säker kirurgi.

Målet är att genom ökad följsamhet till checklista för säker kirurgi halvera de perioperativa operationskomplikationerna till vecka 45 år 2022.

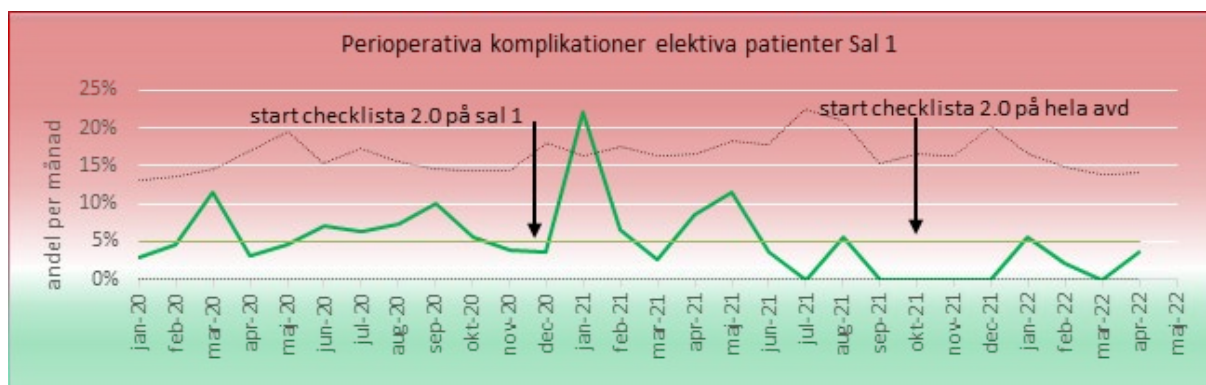
Förändringsidé



Figur 1: Illustration av förändringsidé.

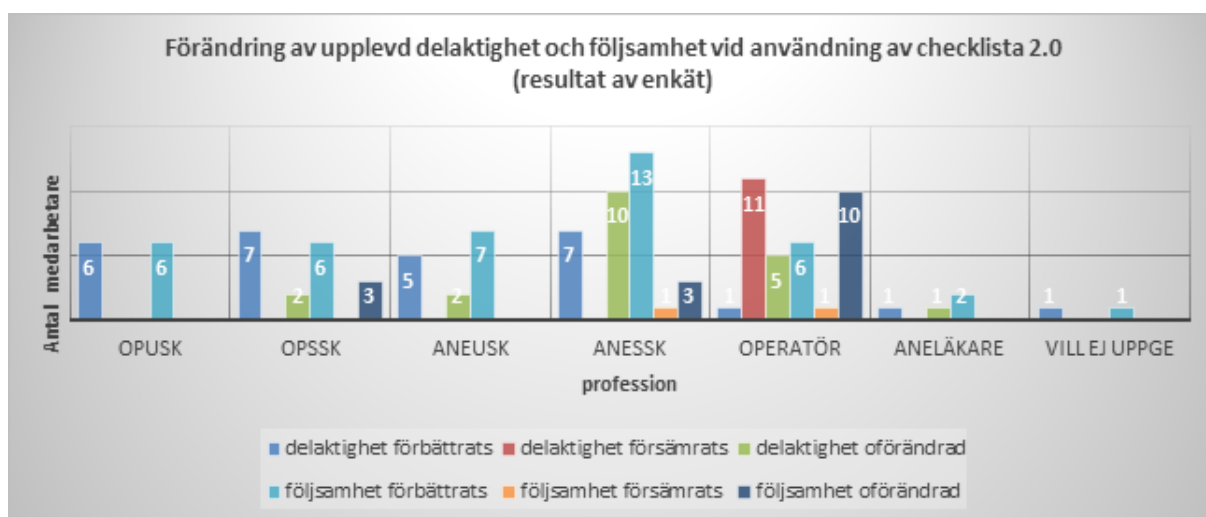
Förändringsinsatserna genomfördes i samband med att vi skulle ersätta den ursprungliga checklistan till en uppdaterad version; Checklista 2.0. Nystarten gav medarbetarna möjlighet att göra om och göra rätt.

Resultat



Figur 2: Perioperativa komplikationer i Sal 1.

Vi startade i liten skala genom att introducera checklista 2.0 på en operationssal. Ett år senare infördes den på hela avdelningen. Diagrammet visar ett skifte på att andelen operationskomplikationer per månad har minskat på sal 1.



Figur 3: Upplevd delaktighet bland olika professioner.

Samtliga medarbetare som arbetar på avdelningen fick möjlighet att svara på en enkät. Svartsfrekvensen blev ca 45% (59 svar). Det sammanlagda resultatet visar att majoriteten upplevde en förbättrad följsamhet och delaktighet. Operatörerna avviker dock, majoriteten upplevde att deras delaktighet försämrats med införandet av checklista 2.0.

Nästa steg

Arbetet med ökad följsamhet till checklista kommer att fortsätta på hela operationsavdelningen. Regelbundna dialoger kring patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur relaterat till checklisten införs på arbetsplatsträffar och utbildningsdagar. Detta för att vidmakthålla, förbättra följsamheten ytterligare och för att öka generell patientsäkerhetsfokus hos medarbetare, vilket är ett av Region Skånes huvudmål för 2022.

Faktaruta

Namn: Sara Widen

Email: sara.widen@skane.se

Arbetsgivare: Region Skåne

Enhet: Skånes sjukvårdsområde Nordost/Centralsjukhuset Kristianstad/AnOplva/AnOp

Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

Syftar till att utveckla deltagarnas förmåga att leda förbättringsarbete inom hälsa och välfärd. Förbättringsarbete som sker i samskapande med, och för, dem vi är till för; personer med erfarenhet av vård och eller socialtjänst och deras närstående. För att lyckas krävs en kombination av teori och praktik, systemförståelse och att göra för att lära och göra det tillsammans i team – samt medarbetare som har mod att gå in i förändring och testa nya arbetssätt. Framgångsrikt förbättringsarbete förutsätter även att det finns stöd från verksamhetens ledning på olika nivåer och en bejakande förbättringskultur som är engagerade och förstår värdet av det förbättringsarbete som genomförs. Förbättringsarbete skapar ofta arbetsglädje och ger ny energi, när alla aktörer är aktiva genom hela processen: från planering, genomförande och kontinuerlig uppföljning av effekter.

Den här boken är fylld med lärorika exempel på hur det kan gå till att bedriva ett förbättringsarbete i praktiken. Samtidigt som deltagarna – masterstudenterna – bidragit till bättre vård, omsorg eller socialt arbete har de också fått en djupare förståelse för förbättringsarbetets förutsättningar och därmed lagt grunden för sitt fortsatta förbättringsledarskap och innovativa sätt att arbeta. Det handlar om ständiga förbättringar och gemensam reflektion över vad som fungerar för vem och i vilket sammanhang. En resa som just börjat men ständigt fortsätter framåt för att möta det förändringstryck som verksamheter har nu och i framtiden.

Vi, hela Avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap/Jönköping Academys lärarteam, vill varmt gratulera er som just slutfört denna utbildning och kommit i mål! Det har varit en glädje att följa er på denna utvecklingsresa. Ni är viktiga och vi ser fram emot att se er med era nya färdigheter sätta avtryck både lokalt, nationellt och internationellt. Det finns så många gap som ska överbryggas! Nu går vi sakta ut ur pandemin, den har både givit stora prövningar men också visat att man på kort tid kan ställa om och förändra arbetssätt på sätt som vi inte trodde var möjligt. Ta med den kraften in i kommande arbete. Samtidigt som vi måste måna om balansen mellan det privata livet, arbetslivet och tid för utbildning.

För den som vill mer, för den som känner att det skaver när vi inte gör vårt allra bästa, är det viktigt att ha goda vänner och ett sammanhang att hämta kraft ifrån. Vi vill gärna att ni, våra deltagare i masterutbildningen och andra intresserade, fortsätter att vara en del av avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap samt Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare och fortsätter hålla kontakten med oss.

Sofia Kjellström
Professor

Eva-Mari Blomqvist
Programansvarig



JÖNKÖPING
UNIVERSITY

JÖNKÖPING ACADEMY
For Improvement of Health and Welfare

